

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 130

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

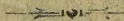
MORTI-NATALITÉ

DE LA

MORTALITÉ ET DE LA VITALITÉ PRIMAIRES

DES PRÉMATURÉS

Dans leurs relations avec les causes de la Prématurité



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges FRANCILLON

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Lyon le 15 Juillet 1882



SAINT-CHAMOND

IMPRIMERIE A. POMÉON ET SES FILS

17, Place Bellecour, LYON

1912



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552403_0071

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MORTI-NATALITÉ
DE LA
MORTALITÉ ET DE LA VITALITÉ PRIMAIRES
DES PRÉMATURÉS
DANS LEURS RELATIONS AVEC LES CAUSES DE LA PRÉMATURITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 130

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

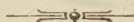
MORTI-NATALITÉ

DE LA

MORTALITÉ ET DE LA VITALITÉ PRIMAIRES

DES PRÉMATURÉS

Dans leurs relations avec les causes de la Prématurité



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juillet 1912

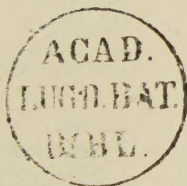
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges FRANCILLON

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Lyon le 15 Juillet 1882



SAINT-CHAMOND

IMPRIMERIE A. POMEON ET SES FILS

17, Place Bellecour, LYON

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	COURMONT (P.)
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, <i>agregé</i>
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOV. JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Matière médicale.	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURQUAND, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
GAYET	VORON	THEVENOT	GUILLEMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIERY, ch.
PATEL	LATARGET	CADE	SAVY, ch.

M. BAYLE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. E. WEILL, *Président* ; COMMANDEUR, *Assesseur* ;
MM. VORON et R. LERICHE, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME ET A MON FILS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur A. SABATIER

Ancien Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

En témoignage de notre affection.

A Monsieur le Docteur DEVIC

*Ancien Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux*

Dans le service duquel nous fîmes notre premier apprentissage médical, et qui nous prodigua toujours les marques de sa bienveillance.

A Monsieur le Docteur PLAUCHU

Accoucheur des Hôpitaux de Lyon

Qui nous indiqua le sujet de ce travail et nous permit de faire nos recherches dans les observations de son service où nous terminons notre Internat.

Nous lui témoignons, en même temps, notre vive reconnaissance pour l'appui qu'il nous prêta dans une circonstance que nous ne saurions oublier.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur E. WEILL

*Professeur de Clinique Infantile à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur*

Au moment où il nous fait l'honneur de présider notre soutenance de thèse, il nous est agréable de nous rappeler l'enseignement que nous reçûmes pendant un semestre comme externe dans son service et l'accueil bienveillant que nous trouvâmes toujours auprès de lui.

AUX MEMBRES DU JURY DE MA THESE

Monsieur le Docteur COMMANDEUR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Accoucheur de la Charité

Monsieur le Docteur VORON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Accoucheur de l'Hôtel-Dieu

A Monsieur le Docteur René LERICHE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Nous sommes heureux de le saluer, aujourd'hui, comme Professeur agrégé, lui qui dirigea nos premiers pas dans la voie des concours hospitaliers, externat et internat.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat : 1904-1907.

- M. le docteur ROLLET, Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine.
- M. le docteur L. TIXIER, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux.
- M. le docteur VILLARD, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux.
- M. le docteur CHATIN, ancien Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.
- M. le docteur WEILL, Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine.
- M. le docteur BRET, Médecin des Hôpitaux.

Suppléance d'Internat : 1907-1908.

- M. le docteur GALLAVARDIN, Médecin des Hôpitaux.
- M. le docteur MOUISSET, Médecin des Hôpitaux.
- M. le docteur JABOULAY, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.
- M. le docteur GAYET, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.
- M. le docteur Paul COURMONT, Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.
- M. le docteur CADE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

M. le docteur BÉRARD, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

M. le docteur PATEL, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

Internat : 1908-1912.

M. le docteur TEISSIER, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

M. le docteur BÉRIEL, Médecin des Hôpitaux.

M. le docteur PÉHU, Médecin des Hôpitaux.

M. le docteur LESIEUR, Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

M. le docteur NOVÉ-JOSSERAND, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine. Chirurgien des Hôpitaux.

M. le docteur Jules COURMONT, ✱, Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

M. le docteur Paul COURMONT, Professeur à la Faculté de Médecine. Médecin des Hôpitaux.

M. le docteur B. LYONNET, Médecin des Hôpitaux.

M. le docteur P. CHATIN, ancien professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

M. le docteur PLAUCHU, accoucheur des Hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MORTI-NATALITÉ
DE LA
MORTALITÉ ET DE LA VITALITÉ PRIMAIRES
DES PRÉMATURÉS
DANS LEURS RELATIONS AVEC LES CAUSES DE LA PRÉMATURITÉ

INTRODUCTION

On a coutume, lorsque l'on veut étudier la vitalité des prématurés, de faire reposer le pronostic sur des conditions de poids, d'abaissement plus ou moins grand de la température, bref, sur les symptômes dont l'ensemble constitue la débilité congénitale.

Mais ces symptômes sont eux-mêmes des conséquences et non des phénomènes primitifs. La cause de la prématurité doit agir sur eux ; il est du moins logique de le penser. Telle affection maternelle provoquera l'accouchement habituellement loin du terme et aboutira à la naissance d'un enfant trop petit. Ici le poids insuffisant de l'enfant entraîne un pronostic fâcheux, mais la cause même de l'insuffisance de poids et par conséquent l'étiologie réelle de la vitalité amoindrie ne réside-t-elle pas aussi dans l'affection qui a interrompu trop tôt la gestation. D'autres fois, sans interrompre le cours de la grossesse, des lésions placentaires gênant la circulation fœtale, un état de fatigue ou d'épuise-

ment de la mère, du surmenage même, retentissant sur l'enfant et l'empêchant d'acquérir son développement normal, ne peuvent-ils pas être incriminés dans quelque proportion, des troubles qu'apporte dans la vitalité de l'enfant ce faux départ dans la vie ? Cette action des causes de la prématurité devient l'évidence même lorsqu'il s'agit de tares pathologiques héréditairement transmissibles.

Il nous a donc paru intéressant de rechercher avec toute la précision possible l'influence que peuvent avoir sur l'avenir des prématurés les causes auxquelles leur prématurité a pu être rapportée. Le poids, les signes de débilité nous paraissent simplement les éléments qui donnent la mesure de cette action. Dire d'un prématuré qu'il se porte d'autant mieux et s'élève d'autant plus facilement, toute tare pathologique à part, qu'il pèse davantage et défend mieux sa température, est affirmer un fait depuis longtemps acquis. Remonter aux causes, c'est en examinant les divers états ou accidents maternels ayant abouti à la naissance d'enfants prématurés, rechercher avec soin comment se sont comportés dans chacune des catégories ainsi constituées, la courbe de poids surtout et les signes de débilité s'il y en a de notés.

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LES PRÉMATURÉS

1° *Qu'entendons-nous par prématurés.* — Nous considérons comme prématuré, tout enfant qui naît sans avoir acquis in utero son développement normal, tout en étant cependant arrivé à un état lui permettant de naître théoriquement viable. Cette dernière condition élimine les nouveau-nés de moins 1,000 grammes.

Au-dessous de ce poids, en effet, nous ne trouvons que des avortons et les quelques cas d'enfants ayant survécu bien que pesant moins de 1,000 grammes à la naissance qui peuvent se rencontrer dans la littérature médicale, entrent pour une part dans le domaine des curiosités et pour l'autre, la plus grande, dans celui des légendes. Pour ce qui est de l'insuffisance de développement, le seul moyen net que nous ayons de l'apprécier, c'est le poids.

Il est certain que la formation des tissus, l'état de l'ossification, l'aptitude à fonctionner des divers organes seraient encore plus intéressants à connaître et si l'on pouvait les apprécier, tel enfant de poids plus que suffisant devrait être regardé comme un prématuré alors que tel autre plus petit, serait au point voulu de sa formation.

Cliniquement cette appréciation étant trop imprécise, force nous est de tabler sur le poids de naissance

et de considérer comme prématuré tout enfant pesant moins de 2,900 grammes, chiffre choisi par nous d'après les indications de notre maître, M. le docteur Planchu.

Nous reconnaissons donc comme prématuré le nouveau-né pesant plus de 1,000 grammes et moins de 2,900 grammes qu'il soit né *à terme* ou *avant terme*.

Nous avons remarqué en effet, en établissant notre statistique, qu'un nombre considérable des nouveau-nés remplissant ces conditions de poids, se trouvaient à terme lorsque nous calculions la durée de la gestation, d'après la date des dernières règles. Devions-nous pour cela ne pas les regarder comme des prématurés? Peut-être l'aurions-nous fait s'ils avaient toujours été les plus gros, les plus développés dans le groupe où nous les rencontrions, mais il n'en est pas ainsi, et on pourra le voir. Lorsque dans certaines catégories nous verrons des enfants pesant à la naissance moins de 2 k. 500 et même moins de 2 kilos, si la date des dernières règles nous montre un accouchement survenu au bout de neuf mois de gestation, nous ne saurions cependant considérer le nouveau-né comme un être normal. C'est comme si pour juger de la maturité d'un fruit, le mot prématurité nous amène à cette comparaison, on voulait uniquement se baser sur le laps de temps écoulé entre la floraison et la cueillette.

Nous avons défini le prématuré, un enfant n'ayant pas à la naissance un développement suffisant; que cela vienne d'une gestation interrompue trop tôt, ou provienne d'une gêne apportée par une cause quelconque au développement du fœtus dans une gestation de

durée normale, le manque de développement existe avec les conséquences vitales qu'il comporte. La durée de la gestation n'est pourtant pas tout à fait indifférente et pour un développement pondéral analogue plus grande est la fragilité si la grossesse a été interrompue avant son échéance. Il y a là un élément qui échappe à l'analyse.

Au cours de notre statistique de la maternité de la Croix-Rousse, où nous avons puisé nos renseignements, on verra qu'après avoir réparti les cas de prématurés, d'après la cause cliniquement accusée de la prématurité, nous distinguons pour la facilité de la classification et aussi parce que cela nous a semblé intéressant, les *prématurés avant terme*, les *prématurés pour lesquels les renseignements sur la date des dernières règles font défaut*, et enfin les *prématurés à terme*. Après ce que nous venons d'écrire on ne sera pas surpris de cette dernière expression en apparence contradictoire.

2° *Débiles et non débiles*. — Certains auteurs échappent à cette contradiction en préférant le mot « débilés » qui ne préjuge pas de la date de l'accouchement au mot « prématurés » qui, dans leur esprit, comporte l'idée de naissance anticipée. A notre avis, le mot « débilés » nous paraît encore moins bon, car s'il ne préjuge pas de la date, et nous avons vu qu'en définissant comme nous l'avons fait le prématuré, on peut échapper à cet inconvénient, il préjuge à coup sûr de l'état sanitaire defectueux — le mot débile implique une notion de morbidité. Certes, beaucoup de prématurés sont débiles, mais enfin il y en a qui ne le sont pas.

MM. Plauchu et Chaliér (obstétrique 1902) ont étudié les prématurés non débiles qui, bien que n'ayant pas leur complet développement, sont cependant capables de téter et de maintenir leur calorification pourvu qu'ils soient dans une salle chauffée à 18 ou 20°. Et à côté de ces prématurés non débiles ne serait-il pas possible de trouver des enfants nés à terme et pesant même un poids normal, que des tares pathologiques transforment en véritables débiles.

Le prématuré n'est donc pas toujours un débile, c'est entendu, en tous cas il est toujours plus délicat qu'un enfant normalement développé. Ce sont les conditions de cette fragilité qui, lorsqu'elles sont réunies au maximum chez ces nouveau-nés, constituent la débilité congénitale proprement dite. Nous allons les énumérer rapidement en faisant remarquer que le tableau que nous traçons est à peine esquissé chez certains de nos prématurés, tandis qu'il est au complet chez d'autres, et l'on trouve tous les degrés entre ces deux extrêmes.

3° *Fragilité du prématuré.* — En dehors de toute tare congénitale du fait même de sa naissance avant terme ou de sa petitesse, le prématuré est fragile

« Naître prématurément, a dit Pinard, n'est point une chose indifférente, et s'il est bon pour tout citoyen de posséder un casier judiciaire vide, il n'est pas moins utile de posséder, pour bien agir dans la vie, un casier utérin vierge de tout accident. » [cité in thèse Séropian, Paris, 1907.]

Grâce à sa petitesse, le prématuré est exposé davantage au refroidissement, car le rapport entre la surface

et le poids de l'être vivant est d'autant plus considérable que son poids est plus petit. Pour une plus grande déperdition de chaleur par rayonnement de surface, il a une production moindre : centre thermique insuffisamment développé et surtout paresse de toutes les fonctions, respiratoire, circulatoire, digestive et musculaire. Donc le prématuré se refroidit facilement et sa température peut descendre de plusieurs degrés au-dessous de la normale si l'on n'y remédie pas. Elle reste même au-dessous de la normale avec les soins les plus minutieux, ce qui démontre que le rayonnement seul n'intervient pas pour l'abaisser, mais qu'il y a en dehors de la déperdition production insuffisante.

Le prématuré a les membres grêles, les muscles flasques. Ses mouvements sont peu vifs. Son cri est monotone. Ce n'est pas le cri vibrant et parfois fort désagréable du nouveau né robuste, c'est une sorte de piaulement, rappelant le cri d'un jeune chat. Les mouvements respiratoires se ressentent de cette asthénie musculaire : la respiration se fait mal, tous les alvéoles pulmonaires ne se remplissent pas.

Les mouvements de succion sont souvent à peine ébauchés, parfois impossibles. Les muscles du tractus intestinal se contractent mal eux aussi, et la digestion est troublée.

Un autre élément qui gêne la fonction digestive, c'est la sécrétion insuffisante des glandes. Le manque de pepsine et de pancréatine fait que les aliments sont mal assimilés. Les fécès sont blanchâtres grumeleuses.

L'insuffisance de la sécrétion salivaire dessèche la bouche, augmente la difficulté de la succion, facilite

l'apparition du muguet.

La circulation est également défectueuse. Les battements cardiaques sont peu vigoureux. On voit fréquemment chez ces enfants, de la cyanose, parfois des œdèmes.

Le mauvais état de la circulation peut retentir sur le rein et y provoquer la formation d'infarctus uratiques, par dépôt d'urate d'Ammonium, d'après Virchow ou de soude, d'après Parrow.

Ce durcissement spécial du tégument et de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée qui constitue le sclérome, menace le prématuré. Il présente aussi parfois de véritables crises de cyanose, avec des périodes d'apnée et état de mort apparente, qui peuvent se répéter à plus ou moins longs intervalles.

Enfin, ses téguments sont fragiles. La peau est fine, souvent rouge vif, très sujette aux éruptions. On sait le rôle que joue le tégument du nouveau-né comme porte d'entrée des infections. M. le professeur Weill l'a comparé à une plaie et a conseillé avec grand avantage l'emploi du linge stérilisé pour habiller le nourrisson. Chez le prématuré, dont le tégument est plus fragile, on comprend que l'infection puisse plus facilement se faire jour. Pour reprendre la comparaison de M. le professeur Weill, nous disons : la peau du nourrisson est comparable à une plaie chirurgicale ; celle du prématuré est plus encore susceptible de s'infecter facilement.

Toutes les maladies qui menacent les nourrissons menacent les prématurés au maximum, et ils ont des phénomènes pathologiques qui leur sont spéciaux.

4° *Soins à donner aux prématurés.* — Cet état fragile des prématurés comporte, avons-nous dit, des degrés allant depuis le tableau que nous venons de tracer jusqu'à un état à peu près normal. Il est connu, et on lui oppose des moyens thérapeutiques dans le détail desquels nous n'avons pas à entrer. Nous les énumérons simplement. On lutte contre la déperdition de calorique par le séjour dans des couveuses pour les cas sérieux, par le simple chauffage suffisant de la chambre dans les cas moins accusés. Ainsi que nous l'avons fait remarquer, la perte de chaleur n'est pas le seul facteur qui abaisse la température chez ces nouveau-nés. Il y a en même temps un manque de production dû à la paresse fonctionnelle de tous les organes et les moyens de chauffage extérieurs ne peuvent rien contre ce second ordre de phénomènes. Même dans la couveuse, la courbe reste au-dessous de la normale. Cela ne veut pas dire que la couveuse soit inutile, mais son efficacité est limitée. De plus, dans bien des cas il suffit que ces enfants soient placés dans une salle chauffée à 20° environ, qu'ils soient enveloppés avec soin et bien couverts. Une alimentation bien réglée fera le reste.

Les bains et les frictions dans les crises de cyanose peuvent rendre des services.

Enfin, plus encore que chez les nouveau-nés normaux, l'alimentation chez les prématurés doit être l'objet d'une surveillance rigoureuse. Il y faut des précautions et de la méthode. L'enfant qui n'a pas eu in utero un séjour suffisant ou qui n'y a pas acquis tout son développement a besoin davantage que les autres du

lait maternel. A défaut du lait maternel, le lait d'une nourrice doit lui être donné et ce n'est que dans les cas où aucune de ces deux alternatives ne serait possible qu'on devrait se résoudre à tenter un allaitement artificiel. Ce mode d'alimentation, toujours très délicat à instituer chez un nouveau-né, ne pourra donner ici que des résultats très aléatoires. C'est un pis-aller.

Donc nos prématurés doivent être réchauffés avec soin, baignés et frictionnés s'il y a lieu, alimentés par leur mère avec méthode et précautions. S'ils ne peuvent téter on leur donnera du lait maternel à la cuiller, ou on les gavera ; bref, on suivra toutes les indications classiques dans leur cas. Les conditions étant remplies, que vont-ils devenir ? M. Maygrier a fait ressortir que dans les statistiques se rapportant à la mortalité infantile, on trouve un contingent considérable de prématurés. Les soigner, dit-il, c'est combattre cette mortalité infantile. Dans quelle mesure pouvons-nous espérer lutter ? A quoi aboutiront nos soins ?

RAPPORTS ENTRE LA VITALITÉ DES PRÉMATURÉS ET LES CAUSES DE LA PRÉMATURITÉ

Pour qu'une statistique, au sujet des rapports qui existent entre la vitalité du prématuré et les causes de la prématurité puisse nous donner des renseignements ayant quelque valeur, il faut qu'elle élimine tout ce qui, dans l'évolution de ces nouveau-nés, pourrait venir de causes extérieures. Il faut choisir des cas où les enfants reçoivent dès le début et continuent à recevoir les soins spéciaux que comporte leur état. Une statistique prise dans les services hospitaliers, dits de « débilés », serait inutile à ce point de vue. Là, on est en présence de prématurés malades ou amenés du dehors. Dans une maternité, au contraire, l'enfant est soigné depuis sa naissance a été mis à l'abri des contagés extérieurs autant que faire se peut. Les imprudences, le manque de soin y sont au minimum.

Ils s'y trouvent en somme dans les meilleures conditions de surveillance hygiénique. Ils ont été en couveuse quand c'était nécessaire. Leur alimentation a été assurée de la façon la plus régulière. On les a, en définitive, soustraits à l'influence de toutes les causes

extérieures de morbidité, autant qu'il était possible. Avec de telles garanties, il apparaît bien qu'on doive pouvoir trouver quelques corrélations entre leur avenir et la cause de leur manque de développement.

Vitalité primaire et vitalité secondaire des prématurés.

Le prématuré traverse deux phases dans sa vie, phases au delà desquelles il fait retour à la normale et cesse d'avoir une personnalité clinique spéciale. La première est celle du séjour dans les services de maternité pendant les 15 ou 20 premiers jours qui suivent la naissance. C'est ce que nous appellerons la *période primaire*.

Lorsque cette période se passe normalement, avec une vitalité satisfaisante, voici quelle est son histoire. D'abord, après la naissance, se produit la chute de poids traditionnelle chez tous les nouveau-nés : le méconium est chassé et l'alimentation n'est pas encore instituée définitivement. Ensuite le poids se relève, plus vite chez les uns, un peu moins rapidement chez d'autres, mais de façon telle que dans les cas normaux, satisfaisants, le poids de l'enfant à la sortie du service de la maternité ait atteint ou dépassé son poids initial. Si nous comparons cette courbe à celle d'un nouveau-né normal, nous la trouvons au-dessous mais parallèle à elle.

La *période secondaire* va depuis ce moment jusqu'à l'époque où le prématuré atteindra 3,500 grammes. A

ce moment, ses conditions d'alimentation, ses fonctions, sa vitalité en un mot deviennent celles du nourrisson normalement développé. L'allure clinique perd son caractère particulier.

La vitalité, pendant la période secondaire, dans ses relations avec les causes de la prématurité, a fait l'objet de travaux nombreux de la part de M. Plauchu et de certains de ses élèves, Chalier, Gardère, Moncharmont, Aloin et Devin, thèse de Prinaris 1910, etc. Récemment (Archives d'obstétrique et de gynécologie, janvier 1912). M. le docteur Plauchu a publié une statistique d'ensemble à ce sujet. Nous ne reviendrons pas sur cette question.

Notre étude visera seulement la morti-natalité, la mortalité et la vitalité des prématurés pendant leur *période primaire*, d'après une statistique personnelle faite à l'aide des documents du service de M. le docteur Plauchu à la maternité de la Croix-Rousse. Nous avons réuni toutes les observations des nouveau-nés pesant plus de 1,000 et moins de 2,900 grammes, et nous avons cherché à établir par une méthode que nous exposons plus loin les relations existant entre la morti-natalité, la mortalité ou la vitalité primaire et les causes de la prématurité.

STATISTIQUE DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL DE LA CROIX-ROUSSE

Vitalité primaire des prématurés.

Nos recherches ont porté sur une période d'environ dix années, allant du mois de décembre 1902 au mois de mai 1912. Toutes les observations prises dans le service pendant ce laps de temps étonnigoureusement classées et conservées, nous avons en mains des documents nombreux et facilement utilisables. La collection comporte comme chiffre total 2,721 observations d'accouchements. Sur ce nombre, nous en avons trouvé 807 ayant rapport à des accouchements d'enfants prématurés. Cela représente un peu moins d'un tiers des naissances. Séropian, dans sa thèse sur la fréquence comparée des causes de l'accouchement prématuré (Paris 1907), donne également cette proportion d'un tiers. Sur les 807 observations que nous avons recueillies d'accouchements ayant donné naissance à des nouveau-nés pesant moins de 2,900 grammes et plus de 1,000 grammes, il y a 25 cas de gémellité. Cela porte à 832 le nombre des prématurés sur la vitalité

desquels nous avons pu nous renseigner. Voici comment nous les avons groupés :

Morts-nés. — Nous avons d'abord classé à part ceux dont la vitalité a été nulle : les mort-nés. Même parmi ceux-ci, nous distinguons ceux qui sont morts in utero, et ceux qui sont morts pendant le travail.

Nous avons un chiffre total de 76 mort-nés sur nos 832 prématurés, ce qui nous fait à peu près 9,13 %/. Sur nos 76 mort-nés, il y en a 17 morts pendant ou par le travail et 59 morts, in utero, pour des causes diverses que nous étudierons plus loin. Sur l'ensemble de nos prématurés, il y a 7 % de mortalité, in utero, et 2,2 % de mortalité pendant le travail. Nous reverrons ce chapitre en détail lorsque nous en serons à l'analyse des causes.

Décès dans les premiers jours. — Après le groupe des mort-nés, nous devons envisager les cas d'enfants nés vivants, mais qui sont décédés pendant leur séjour à la maternité, c'est à-dire les quinze ou vingt premiers jours après leur naissance. Les cas sont au nombre de 39. Cela nous fait à peu près 4,7 %/.

Courbe descendante. — Parmi les enfants sortis vivants du service de la maternité, il en est qui, non seulement n'avaient pas repris leur poids de naissance, mais avaient perdu du poids pendant tout leur séjour. Nous les avons étiquetés prématurés à courbe descendante. Que sont-ils devenus une fois sortis du service ? Il nous a été impossible de le savoir en ce qui concerne le plus grand nombre. Certains, très probablement, sont décédés au bout de quelque temps ; d'autres ont pu se relever et s'élever avec de bons résultats. Nous

ne pouvons que faire des hypothèses à ce sujet. Il nous importe simplement de constater que, pendant leur période de nouveau-nés, leur vitalité était médiocre et que leur courbe de poids tendait à s'abaisser. 51 des prématurés, dont nous avons vu les observations, se trouvaient dans ce cas. C'est une proportion approximative de 6 %.

Courbe traînante. — Chez 83 de nos prématurés, c'est-à-dire dans 10 % de nos cas environ, nous trouvons un autre genre de courbe : la courbe traînante. Expliquons-nous : l'enfant, après sa perte de poids des trois premiers jours, perte normale, ne voit pas sa courbe remonter au poids primitif. Elle ne s'abaisse pas comme dans le groupe précédent, mais elle monte lentement, a des arrêts, des hésitations, des chutes, et l'enfant sort du service, ayant sans doute rattrapé une partie du poids perdu, mais n'ayant pas encore atteint à nouveau son poids de naissance.

Courbe normale. — Pour 493 enfants entrant dans le cadre de notre travail, la courbe de poids se montre normale. Ils ont eu l'abaissement du début puis ont repris, les uns plus lentement, les autres plus vite, mais tous avaient leur poids de naissance et même souvent davantage lors de leur sortie de l'hôpital. Ces prématurés ont une vitalité primaire qui peut être absolument comparée à celle des enfants ayant leur complet développement. On voit, d'après nos chiffres, que c'est la bonne majorité. Le groupe des prématurés à courbe de poids normale forme plus de 58 % de notre contingent total.

Courbe absente ou incomplète. — Il y a enfin un cer-

tain nombre d'enfants, dont nous n'avons pas retrouvé la courbe de poids, ou bien dont le tracé n'était fait que pendant les trois ou quatre premiers jours. Ce sont là, en général, des enfants qui ont été envoyés en nourrice tout de suite après leur naissance par la volonté de leurs parents, ou bien encore des enfants qui ont pu bénéficier d'un envoi à la Nourricerie Rémond. Ces observations, dans lesquelles la courbe nous manque ou est incomplète, sont au nombre de 90.

Vitalité primaire globale. — Résumons rapidement les résultats que nous venons d'exposer, en considérant la vitalité primaire en elle-même, sans tenir compte des causes de la prématurité. L'analyse de ces causes fera l'objet d'un chapitre suivant. Un tableau nous donnera facilement une vue d'ensemble des chiffres que nous avons obtenus.

Nombre d'observations.....	2.721
Nombre d'accouchements prématurés	807 = 30 %.
Sur ce nombre, il y a	25 jumeaux.
Nombre d'enfants prématurés	832
Morts-nés : { in utero.....	59 = 7 %.
76 = 9,13 % { pendant le travail.....	17 = 2,2 %.
Nés vivants : { Décès dans les 20 premiers jours...	39 = 4,7 %.
90 % { Courbe descendante	51 = 6 %.
{ Courbe trainante.....	83 = 10 %.
{ Courbe normale	493 = 58 %.
{ Courbe absente ou incomplète	90 = 11 %.

Les causes de la prématurité.

Pour chacune de nos observations nous avons recherché quelle pouvait bien être la cause de la prématurité et nous avons été amenés à répartir nos cas

en des groupements d'importance très diverse.

Cause inconnue. — Notre plus fort contingent est réuni sous ce vocable. La mère a eu une grossesse normale; pas d'incident retentissant, pas de maladie aiguë au cours de la gestation; aucune tare pathologique importante ne peut être relevée dans ses antécédents et pourtant elle met au monde un enfant au-dessous de 2,900 grammes. Nous notons cela dans 499 observations. Séropian, dans sa thèse sur les causes de la prématurité, cite l'insertion basse du placenta comme la cause la plus fréquente de beaucoup. Il est possible que dans nos cas étiquetés, cause inconnue, l'insertion du placenta ait été souvent basse; mais elle est également fréquente dans des grossesses qui aboutissent à un accouchement normal. *Nous n'invoquons cette insertion basse comme cause de la prématurité que dans les cas où elle s'est manifestée ostensiblement par la rupture prématurée de l'œuf.*

Pour les autres observations, sans aller rechercher si les membranes ont été rompues plus ou moins loin de leur insertion placentaire, nous disons que la cause est inconnue. Elle existe cependant. Là, comme ailleurs, tout phénomène a une étiologie, mais cette étiologie n'est pas cliniquement décelable.

Aussi bien peut-il s'agir souvent des petits traumatismes insignifiants mais répétés au cours des occupations habituelles. Faut-il accuser des coïts fréquents? Séropian serait tenté de l'admettre même dans ses cas de placentas insérés bas. *A notre avis, il faut surtout penser au surmenage de la femme.* C'est la classe ouvrière qui fait la clientèle de nos hôpitaux. Dans ce

milieu, la femme doit travailler jusqu'au bout, parfois à l'atelier ou à l'usine, d'autres fois chez elle. Lorsque les soins du ménage sont sa seule occupation, c'est qu'ils sont pénibles et nécessitent l'emploi de tout son temps. Ajoutons que les maisons sont très hautes, la moindre course suppose souvent de nombreux escaliers à gravir. La plus grande partie du secteur de l'Hôpital de la Croix-Rousse est formée par le plateau de la Croix-Rousse et par le coteau dont les pentes sont assez accentuées. Enfin, la nourriture n'est peut-être pas toujours suffisante ou bien appropriée aux nécessités du moment. Et alors il en résulte ou un accouchement survenant trop tôt et donnant naissance à un enfant insuffisamment développé, ou bien seulement une insuffisance de développement de l'enfant même s'il vient à terme.

Nous ajouterons, comme simple remarque, que le rachitisme léger est très répandu dans cette clientèle hospitalière et que chez quelques-unes de nos malades ayant accouché prématurément pour cause inconnue, nous avons noté dans l'observation l'existence d'un certain degré de rétrécissement du bassin. Convient-il de voir dans le poids minime de l'enfant une sorte d'adaptation à l'étroitesse du bassin ? C'est possible. Quoiqu'il en soit, dans des cas de ce genre, on espère un petit volume pour avoir un accouchement spontané. La prématurité, lorsqu'elle n'est pas excessive, apparaît alors comme providentielle. Cela est si vrai qu'elle peut même devenir un moyen thérapeutique comme nous le verrons lorsque nous envisagerons le groupe des accouchements prématurés provoqués.

La Syphilis. — Parmi les causes connues, celle que nous retrouvons le plus fréquemment est la syphilis. Dans 75 de nos cas, elle est ou avouée ou cliniquement reconnue et peut-être faut-il penser que parfois *sous ce terme de cause inconnue, employé si souvent, c'est encore elle qui se dissimule.* En dehors de ces 75 prématurés vivants on la rencontre 28 fois à l'origine d'un cas de morti-natalité. Cela nous donne 103 cas de syphilis sur nos 807 observations.

Rupture prématurée des membranes. — La rupture prématurée des membranes est l'étiologie reconnue dans 34 de nos observations d'enfants nés vivants. On sait que cette rupture des membranes avant le début du travail reconnaît elle-même comme cause l'insertion basse du placenta.

Accouchements provoqués et césariennes. — Pour des causes diverses dont nous donnerons plus loin le détail en commentant les résultats, l'accouchement a été artificiellement provoqué ou bien la grossesse a été terminée par une césarienne dans 28 cas ayant donné naissance à des prématurés vivants.

Gémellité. — Nos observations d'accouchements gémellaires sont au nombre de 25.

Albuminurie et lésions placentaires. — Si, comme nous le verrons, en étudiant en détail les causes de morti-natalité, l'albuminurie joue dans cet ordre de faits un rôle assez important, nous ne la notons que 23 fois dans nos observations de prématurés vivants. Il n'est même pas exact de dire que nous notons 23 fois l'albuminurie ; c'est l'albuminurie ou des lésions placentaires analogues à celles qu'elle provoque que nous avons

groupées ensemble. Ceci nous a paru légitime d'abord parce que dans les deux cas le mécanisme est analogue, puisque l'albuminurie agit sur le fœtus par l'intermédiaire des lésions placentaires qu'elle produit ; en second lieu parce que l'étiologie première de ces lésions placentaires, lorsque l'albuminurie n'existe pas, pourrait bien cependant avoir des affinités avec elle. L'albuminurie, en effet, agit comme une dyscrasie, elle produit une sorte d'intoxication : le placenta albuminurique avec ses infarctus et ses lésions caractéristiques pourrait être appelé placenta intoxiqué. S'il a les mêmes caractères qu'on retrouve dans l'albuminurie elle-même, n'est-il pas permis de penser que simplement le « toxique » a changé, mais qu'il y a toujours intoxication d'origine digestive par exemple. Simple supposition sans doute, mais qui n'est pas inadmissible.

Tuberculose. — Nous trouvons la tuberculose dans 21 de nos observations. Nous entendons ici la tuberculose pulmonaire ou autre, mais cliniquement établie de façon sûre. Avec les recherches précises de la science actuelle, ayant à sa portée des moyens de laboratoire très délicats, il est probable que si l'on voulait la rechercher systématiquement, en reconnaissant comme tuberculose tous les cas où se décèlerait une imprégnation légère par le bacille de Koch, on pourrait augmenter dans des proportions considérables ce groupe plutôt modeste. Il se taillerait une part sans doute très importante dans notre contingent de causes inconnues. Seulement il pourrait aussi revendiquer comme siens tant d'accouchements normaux que nous

tique, nous n'avons eu en vue que nos observations de prématurés nés vivants. La morti-natalité dans ses rapports avec les causes de la prématurité va faire maintenant l'objet d'un chapitre spécial.

PRÉMATURÉS MORT-NÉS ET CAUSES DE LA PRÉMATURITÉ

Rappelons d'abord que nous avons réuni 76 observations de prématurés mort-nés, et que parmi ces observations, il en est 59 dans lesquelles le décès du fœtus a eu lieu in utéro, et 17 dans lesquelles la mort est survenue pendant ou par le travail. C'est une proportion de 9,13 % comme nous l'avons fait ressortir. On peut voir par ce chiffre quelle est la fréquence relative considérable de la morti-natalité, dans les cas d'enfants prématurés. Bresset et Monory (*Annales de gynécologie et d'obstétrique* 1906, p. 355), ont fait une statistique portant, non plus seulement sur les prématurés, mais sur toutes les grossesses. Ils trouvent 40 mort-nés sur 1.852 grossesses, soit 2,1 %. Ils citent également un travail de la clinique Beaudelogue, donnant 3,1 % de mort-nés pour le décennaire 1891-1900.

On citait la Maternité de Paris, le chiffre de 3,5 % pour le commencement du xix^e siècle.

Si nous comparons nos 76 cas de morti-natalité, non plus à nos 842 prématurés, mais aux 2.712 observations sur lesquelles ont porté nos recherches pour une

période d'environ dix ans (fin 1902, milieu 1912), nous avons une proportion de 2,8 %. Ce chiffre qui correspond à peu près aux chiffres que nous venons de citer, prouve que la presque totalité des cas de morti-natalité est fournie par les prématurés. C'est du reste ce dont nous avons pu nous rendre compte en parcourant toutes les observations.

Nous avons établi une distinction entre les mort-nés in utéro et les mort-nés pendant ou par le travail. Elle est toute naturelle. En effet, pour les enfants morts in utéro, la cause à la fois de la mort et de la prématurité est le plus souvent une dyscrasie, une tare pathologique de la mère, un incident quelconque survenant au cours de la grossesse et interrompant la vie de l'enfant. Au contraire, lorsque le décès s'est fait pendant ou par le travail, il s'agit d'un enfant encore trop petit pour supporter les phénomènes de l'accouchement physiologique ou surtout les applications instrumentales et les manœuvres diverses nécessitées par l'état de la malade ou la forme de son bassin. Des raisons du même ordre ont pu d'autrefois aboutir à la nécessité de sacrifier l'enfant.

MORTI-NATALITÉ IN UTERO ET SES CAUSES

Sur les cinquante-neuf cas que comporte ce groupe, nous trouvons d'abord :

La Syphilis. — Incriminée dans vingt-huit cas.

Cette proportion énorme de 36,8 % de la mortinatalité totale ne doit pas nous surprendre.

Le rôle de la syphilis dans l'avortement et dans la mortinatalité montre que cette affection atteint dans l'œuf même, la race humaine.

Sur nos vingt-huit cas de prématurés morts-nés d'origine syphilitique, nous en avons quatre à terme :

Ce sont :

N° 1897 D..., née F..., 2,260 gr. — Mort-né.

Syphilis. — La mère a eu deux accouchements à terme morts-nés et une fausse couche à deux mois et demi.

N° 545 P..., 2,520 gr. — Mort-né macéré.

Syphilis probable.

N° 485 V..., née D..., 2,750 gr. — Mort-né macéré.

Syphilis.

N° 1259 M..., née N..., 2,880 gr. — Mort-né, non macéré, gros foie. Syphilis.

Pour onze cas les renseignements sur la date des dernières règles nous ont fait défaut et nous n'avons pu calculer la date probable du terme.

N° 1046 C..., née R... : (quatre observations).

Mort-né macéré. Syphilis.

Mort-né macéré. Syphilis.

Mort-né macéré. Syphilis.

Mort-né macéré. Syphilis.

N° 1085 T..., née F... : (quatre observations).

Mort-né macéré. Syphilis.

Mort-né macéré. Syphilis.

Mort-né macéré. Syphilis.

Mort-né macéré. Syphilis.

N° 2643 J..., née M..., poids (?) mort-né macéré.
Syphilis. Mort habituelle du fœtus in utéro.

N° 532 R..., 1,450 gr. — Mort-né macéré.
Syphilis. Rétraction de l'anneau de Bandl.

N° 309 G..., née N..., 1,700 gr. — Mort-né macéré.
Syphilis. Mort habituelle des fœtus nés d'un deuxième mariage.

Dans nos treize autres observations, l'accouchement a eu lieu avant le terme calculé d'après la date des dernières règles.

N° 2637 G..., née S..., 1,000 gr. — Mort-né macéré,
5 m. 1/2. Syphilis.

N° 989 B..., née C..., 1,270 gr. — Mort-né macéré,
7 mois. Syphilis.

N° 884 (jointe à 2169) B..., née B..., 1,380 gr. —
Mort-né macéré, 8 mois. Syphilis.

N° 219 (jointe à 485) V..., née D..., 1,500 gr. — Mort-né macéré, 7 mois. Syphilis.

N° 262 (jointe à 989) B... née C..., 1,500 gr. — Mort-né macéré, 7 mois. Syphilis.

N° 2450 D... née H..., 1,680 gr. — Mort-né macéré,
6 m. 1/2. Syphilis.

N° 144 M..., 1,700 gr. — Mort-né macéré, 7 m. 1/2.
Syphilis. Trois accouchements avant terme et trois fausses couches.

N° 2615 M..., née P..., 1,970 gr. — Mort-né macéré,
7 mois. Syphilis.

N° 1918 (jointe à 2615) M..., née P., 2,300 gr. —
Mort-né macéré, 7 mois. Syphilis.

N° 809 J..., née R..., 2,350 gr. — Mort né macéré,
début 9° mois. Syphilis.

N° 184 B..., née B..., 2,370 gr. — Mort-né macéré,
7 m. 1/2. Syphilis.

N° 254 P..., née J..., 2,450 gr. — Mort-né macéré,
8 mois. Syphilis certaine.

N° 2031 (jointe à 2440) S..., née J..., 2,500 gr. —
Mort-né macéré, 8 m. 1/2. Syphilis.

L'Albuminurie. — L'albuminurie est en cause dans 11 cas, soit 14,3 %. Ce nombre élevé de décès in utero dus à l'albuminurie vient de l'action qu'à celle-ci sur le placenta. En provoquant dans cet organe des lésions souvent importantes elle compromet gravement la nutrition du fœtus et, par le fait, sa vitalité. Dans d'autres circonstances l'action de l'albuminurie est différente : elle provoque l'éclampsie et menace la vie de la mère, nécessitant pendant le travail des interventions destinées à le hâter, mais auxquelles un enfant prématuré résiste difficilement.

Pour aucun de ces 11 cas nous ne relevons l'accouchement à terme.

Nous sommes deux fois sans renseignements sur la date des dernières règles :

N° 1816 R..., née D..., 1,530 gr. — Mort-né non macéré. Eclampsie, décollement prématuré du placenta.

N° 547 (jointe à 2292) L..., née M..., 2,050 gr. — Mort-né.
Eclampsie puerpérale à 7 mois.

Les onze autres cas se rapportent à des accouchements avant terme :

- N° 69 V..., née D..., 1,070 gr. — Mort-né macéré, 8 mois.
Placenta albuminurique.
- N° 593 (jointe à 2169) B..., née B..., 1,200 gr. — Mort-né macéré, 7 m. 1/2.
Albuminurie légère, hémorragie rétro-placentaire.
- N° 174 (jointe à 2655) L..., née J..., 1,350 gr. — Mort-né non macéré, 8 mois.
Eclampsie, extraction par le siège.
- N° 567 B..., 1,570 gr. — Mort-né macéré, 7 mois.
Albuminurie, sept accouchements antérieurs normaux.
- N° 2 D..., née F..., 1,600 gr. — Mort-né, 7 m. 1/2.
Albuminurie, placenta albuminurique avec infarctus.
- N° 249 (jointe à 689) T..., née G..., 1,680 gr. — Mort-né, début 9^e mois.
Eclampsie.
- N° 1475 B..., née M..., 1,680 gr. — Mort-né macéré, 8 mois.
Albuminurie.
- N° 430 C..., née D..., 1,835 gr. — Mort-né macéré de 21 jours, 7 m. 1/2
Eclampsie, placenta albuminurique, hématome rétro-placentaire.
- N° 1136 C..., née P..., 2,250 gr. — Mort-né macéré, début 9^e mois.
Albuminurie, lésions placentaires.

Lésions du cordon. — Lésions ou insertion vicieuse du placenta. — En dehors des cas d'albuminurie, il existe des lésions placentaires proprement dites qui peuvent nuire au fœtus par gêne de sa nutrition, ou le

lésier et compromettre la grossesse en amenant un décollement placentaire. Des lésions portant sur le cordon lui même et préjudiciables à la circulation fœtale peuvent se rencontrer. Enfin, l'insertion vicieuse du placenta peut être aussi l'étiologie d'un décès fœtal in utéro et d'une interruption de grossesse.

Nous pouvons faire entrer dans ce cadre dix de nos observations de prématurés morts-nés, soit 13,2 % de la morti-natalité totale.

Nous n'y trouvons pas d'accouchements à terme.

Les renseignements sur la date des dernières règles nous font défaut pour deux cas.

N° 2157 (jointe à 2610) L..., née B..., 1,150 gr.— Mort-né in utéro. Placenta albuminurique, sans albuminurie.

N° 2715 B..., née P..., 2,200 gr.— Mort-né. Décollement prématuré du placenta.

Pour les huit autres cas l'accouchement a eu lieu avant terme.

N° 2792 V..., née B. . . 1,260 gr. -- Mort né macéré, 7 mois. Atrésie du cordon.

N° 2785 F..., née M..., 1,500 gr. — Mort-né, 7 mois. Insertion vicieuse du placenta. Procidence du cordon.

N° 1948 L..., née R. . . ; 1,570 gr. — Mort-né, 8 mois. Décollement du placenta. Goître congénital, hypertrophie du thymus.

N° 768 P..., née T... — Mort-né macéré, 8 mois. Insertion basse du placenta. Rupture spontanée des membranes huit jours avant l'accouchement. Infection amniotique.

N° 828 B..., née H..., 2,120 gr. — Mort-né, fin 8^e mois. Placenta prævia.

N° 1672 (jointe à 2610) L..., née B..., 2 200 gr. — Mort-né macéré, début 9^e mois. Placenta albuminurique, sans albuminurie.

N° 806 M..., née G..., 2,420 gr. — Mort-né, 7 mois. Rupture prématurée de l'œuf. Anasarque fœtale.

N° 2294 C..., née A..., 2,740 gr. — Mort-né, 8 mois. Placenta prævia.

Cause inconnue. — La cause tant de la prématurité que de la mort-natalité a été neuf fois cliniquement impossible à déceler.

Pas d'accouchements à terme dans cette série.

Les renseignements sur la date des dernières règles manquent pour les deux cas suivants :

N° 192 H..., née R..., 2,130 gr. — Mort-né.

N° 2270 T..., née D., 1,750 gr. — Mort-né macéré.

Il nous reste sept cas d'accouchements plus ou moins avant terme, qui sont :

N° 265 T..., née C..., 1,050 gr. — Mort-né, 6 mois. Deux hémorragies pendant la grossesse. Début de travail sans motif appréciable. Présentation épaule gauche.

N° 1467 B..., née L..., 1,270 gr. — Mort-né, début 9^e mois.

N° 736 A..., née G., 1,290 gr. — Mort né, macéré, 6 mois et demi. Présentation épaule, version.

N° 37 (jointe à 1186) P..., née M..., 1,300 gr. — Mort-né, macéré, 7 mois. Syphilis discutée et finalement non admise.

N° 2714 P..., née D..., 1,380 gr. — Mort-né, non macéré. 6 mois.

N° 2654 C..., née D..., 1,450 gr. — Mort né, 7 mois.

N° 928 B..., née B..., 1,570 gr. — Mort-né, début 9° mois. Présentation épaule. Embryotomie.

Remarquons que, dans ce dernier cas, l'embryotomie a été pratiquée sur un enfant déjà mort in utéro.

Accident gravido-cardiaque. — Un de nos cas se rapporte à un accouchement provoqué à 6 m. 1/2 chez une mitrale présentant des accidents gravido-cardiaques sérieux.

N° 212 J..., née A..., 1000 gr. — Mort-né. Mitrale, accidents gravido-cardiaques.

Accouchement provoqué à 6 m 1/2.

MORTI-NATALITÉ PENDANT OU PAR LE TRAVAIL

Nous réunirons, sous cette rubrique, les observations dans lesquelles nous avons trouvé l'indication explicite de la mort de l'enfant pendant ou par le travail. Lorsque nous lisions sur une observation la mention simple de « mort-né », nous la classions dans le groupe des morts-nés in utéro. Peut-être de ce fait avons-nous faussé un peu notre statistique et donné à ce dernier groupe plus qu'il ne lui revenait. Il est possible que, parmi les morts-nés non macérés dont nous

avons déjà donné les observations, le décès de quelques-uns ait eu lieu pendant le travail... mais pour les cas où ce n'était pas précisé, il nous a fallu choisir. En tout cas, si quelque erreur en est résultée, elle ne peut être que très minime.

Deux groupes distincts nous ont paru devoir être faits dans les 17 observations de prématurés morts à l'occasion du travail. Certains sont morts pendant le travail, soit à cause de la longueur de celui-ci, soit par le fait d'interventions, telles que : extractions, forceps, etc., ayant pour but d'extraire le fœtus sans le tuer. Dans d'autres cas, au contraire, les circonstances ont obligé à sacrifier le fœtus (cas de basiotripsie-crânio-tomie ou embryotomie). L'application de ces interventions, lorsque l'enfant est vivant, n'est heureusement pas très fréquente.

Prématurés morts pendant le travail. — Pour deux cas, c'est *le cordon* qui est en cause :

N° 1518 D..., née L..., 2.700 gr. — Mort-né pendant le travail.

Syphilis. Brièveté et circulaires du cordon.

N° 1381 B..., née R..., 2.870 gr. — Mort pendant le travail.

Rupture prématurée de l'œuf, procidence du cordon. A terme.

Dans quatre cas, l'insertion anormale du placenta est relevée :

N° 1849 E..., née B..., 1650 gr. — A terme.

Placenta prævia central. Eclampsie pendant le travail. Mort du fœtus pendant le travail. Basiotripsie sur enfant mort.

N° 2220 B..., née B..., 2.300 gr., 8 mois. — Mort pendant le travail.

Placenta prævia, tamponnement. Braxton Hicks.

N° 1981 L..., née R..., 2.600 gr. — Mort-né pendant le travail. — 8 m. 1/2.

Placenta prævia. Décollement placentaire.

N° 1500 G..., née R..., 1.500 gr. — 8 mois.

Placenta prævia. Rupture prématurée de l'œuf.

Hémorragies. Ballon. Braxton Hicks. Mort du fœtus. Extraction. Craniotomie. Tête dernière.

Les deux observations suivantes concernent des *accouchements provoqués*: l'un pour bassin rétréci, l'autre pour anémie grave de la mère.

N° 2822 P..., née E..., 1.420 gr. — Mort pendant le travail. — 7 m. 1/2.

Accouchement provoqué au ballon pour anémie grave de la mère. Mère morte quatre jours après.

N° 1253 P..., née M..., 1.770 gr. — Mort-né pendant le travail. — 7 m. 1/2.

Accouchement provoqué pour bassin rétréci. Refus de césarienne. Ballon et sonde-bougie.

Nous avons noté un cas d'*dhyramnios subaigu* chez un syphilitique. La ponction des membranes dut être pratiquée. L'enfant est mort à la fin du travail.

N° 1920 C..., née R..., 2,600 gr. — Mort-né à la fin du travail, 7 mois.

E. C. certaine, hydramnios subaigu, ponction des membranes.

Cela nous fait un chiffre total de 9 prématurés morts pendant le travail.

Prématurés morts par le travail. — Les interventions ayant pour but de sacrifier l'enfant encore vivant lors-

qu'il s'agit de sauver la mère sont heureusement relativement peu fréquents. Avec les perfectionnements de technique et d'asepsie, l'opération césarienne permet aujourd'hui d'épargner presque toujours les deux existences. Il est cependant des circonstances où elle est impossible. Des malades mal renseignées la refusent. Dans d'autres cas, la rupture de la poche des eaux, des examens utérins répétés pratiqués hors de l'hôpital mettent dans des conditions d'asepsie par trop douteuses pour qu'on puisse tenter l'intervention.

Notre statistique nous a permis de retrouver 8 cas de ce genre. La basiotripsie fut pratiquée 7 fois, la craniotomie 1 fois sur une tête dernière. Presque toutes les fois ce sont des *viciations pelviennes* qui ont nécessité l'intervention.

N° 2523 P..., née B..., 2,260 gr. — Basiotripsie, rétrécissement grave du bassin.
Accouchement à terme.

N° 1239 D..., née G..., 2,550 gr. — Basiotripsie. Rétrécissement grave du bassin. Rupture prématurée spontanée des membranes. Refus de la césarienne. Tentative d'application de forceps avec lacs. Basiotripsie.
Accouchement fin du 8^e mois.

N° 752 (jointe au 1033) L..., née A..., 2,750 gr. — Basiotripsie. Accouchement provoqué à 7 mois 1/2 pour bassin rétréci. Bougies. Basiotripsie.

N° 2313 N..., née C..., 2,620 gr. — Basiotripsie. Rétrécissement grave du bassin.
Pas de renseignement sur le terme.

N° 1805 B..., née L..., 2,400 gr. — Basiotripsie.
Bassin de Nœgelé. 8 mois 1/2.

- N° 1137 (jointe à 2444) F..., née C..., 2,400 gr. —
Basiotripsie. Bassin de Nœgelé.
Pas de renseignement sur le terme.
- N° 1694 G..., 2,550 gr. — Basiotripsie. Bassin coxal-
gique à asymétrie forte.
- N° 1232 B..., née C..., 2,050 gr. — Craniotomie. Rétrécis-
sissement du bassin.
Refus de la césarienne.
Accouchement provoqué au 8^e mois par ballon.
Craniotomie tête dernière.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

*De la morti-natalité des prématurés dans ses relations avec
les causes de la prématurité.*

Chiffre total des prématurés : 832								
Mort-nés.....		76 = 9,1 %						
Mort-nés : 76								
In utero 59 77,6 %	{	Syphilis.....	28 = 36,4 %					
		Albuminurie.....	11 = 14,3 %					
		Cause inconnue.....	9 = 11,8 %					
		Accidents causés par le pla- centa ou le cordon.....	10 = 13,2 %					
		Accident gravido-cardiaque.	1 = 1,32 %					
A l'occasion du travail 17 = 22,4 %	{	Pendant le travail 9 = 11,8 %	{	Accidents causés par le cordon 2 = 2,65 %				
				Insertion vicieuse du placenta 4 = 5,3 %				
				Accouchements provoqués 2 = 2,65 %				
				Syphilis et hydramnios 1 = 1,32 %				
				Interven- tions muti- latrices du fœtus. 8 = 10,6 %	{	Bassins viciés	{	7 Basiotripsie 9,3 %
	1 Craniotomie 1,32 %							
	Interven- tions d'ur- gence.	{						

PRÉMATURÉS NÉS VIVANTS

Etude de la vitalité d'après la cause de la prématurité.

Un chapitre spécial a étudié la vitalité primaire globale des prématurés de notre statistique. Ici cette étude sera reprise en détail. Pour chacun des groupements d'observations réunies d'après les causes de la prématurité, nous allons rechercher la proportion de décès dans les 20 premiers jours ou bien de courbes descendantes, trainantes ou normales.

Nous établissons dans chacun de ces groupements une première subdivision d'après le terme de l'accouchement. Nous présentons séparément les cas à terme, les cas avant terme et les cas dans lesquels nous sommes sans renseignements sur l'époque des dernières règles. Nous nous sommes expliqués au début de notre travail sur l'apparente contradiction de l'expression prématurés à terme. Nous n'y reviendrons pas ici.

CAUSE INCONNUE

Nous avons dit ce qu'il fallait entendre par cette rubrique qui embrasse le plus grand nombre de nos observations, soit 499 ou 65 %. En calculant d'après les procédés classiques la date approximative de

l'accouchement d'après l'époque indiquée par la parturiente pour ses dernières règles, nous relevons : l'accouchement à terme dans 255 cas, l'accouchement avant terme dans 200 cas, les renseignements sur la date des dernières règles nous font défaut dans 44 cas.

Cas de cause inconnue avec accouchement à terme.

Sur ces 255 cas, la courbe de poids du nouveau-né pendant son séjour à la maternité est normale 198 fois. Nous ne donnerons pas le détail de toutes ces observations, nous allons simplement exposer une vue d'ensemble en les classant d'après le poids de l'enfant.

Au-dessous de 2,000 gr.....	2 cas	{	1,830 gr.
		{	1,880 gr.
Entre 2,000 et 2,100 gr.....	2 cas	{	2,000 gr.
		{	2,020 gr.
Entre 2,100 et 2,200 gr.....	2 cas	{	2,120 gr.
		{	2,150 gr.
Entre 2,200 et 2,300 gr.....	8 cas.		
Entre 2,300 et 2,400 gr.....	6 cas.		
Entre 2,400 et 2,500 gr.....	14 cas.		

Cela nous fait 34 cas au dessous de 2,500 gr.

Entre 2,500 et 2,600 gr.....	21 cas.
Entre 2,600 et 2,700 gr.....	27 cas.
Entre 2,700 et 2,800 gr.....	49 cas.
Entre 2,800 et 2,900 gr.....	67 cas.

Soit 164 cas au-dessus de 2,500 gr.

La courbe de poids est du type que nous avons appelé *courbe traînante* dans 26 de nos observations. Comme aucune autre particularité explicative n'est notée dans les cas en question, il nous suffira d'en

faire une classification d'après le poids de l'enfant comme pour les observations précédentes.

2,170 gr..... 1 cas.

De 2,300 à 2,400 gr..... 2 cas { 2,360 gr.
2,380 gr.

De 2,400 à 2,500 gr..... 2 cas { 2,460 gr.
2,480 gr.

Soit 5 cas au-dessus de 2,500 gr.

2,600 à 2,700 gr..... 3 cas.

2,700 à 2,800 gr..... 11 cas.

2,800 à 2,900 gr..... 7 cas.

Donc 21 cas au-dessus de 2,500 gr.

La *courbe descendante* est notée 7 fois ; voici dans quelles observations :

N° 1050 (jointe à 2,258) G..., née C..., 2,370 gr. —
A terme.

Cause inconnue. Courbe descendante.

N° 1229 D..., née P..., 2,580 gr. — A terme.

Cause inconnue.

Courbe descendante. Forceps dans l'excavation.

N° 468 R..., née R..., 2,600 gr. — A terme.

Cause inconnue.

Courbe descendante. Fausse couche accidentelle antérieure.

N° 312 P..., née B..., 2,620 gr. — A terme.

Cause inconnue.

Courbe descendante.

N° 181 C..., née Sch..., 2,770 gr. — A terme.

Cause inconnue. Courbe descendante.

N° 188 J..., née J..., 2,800 gr. — A terme.

Cause inconnue. Courbe descendante.

N° 1006 G..., née M..., 2,850 gr. — A terme.
Cause inconnue. Courbe descendante.

La courbe est absente ou incomplète dans 21 cas qui peuvent se détailler comme suit :

2,130 gr.....	1 cas.
2,200 gr.....	1 cas.
2,300 gr.....	1 cas.
De 2,400 à 2,500 gr.....	2 cas.

C'est-à-dire 5 cas au-dessous de 2,500 gr.

De 2,500 à 2,600 gr.....	5 cas.
De 2,600 à 2,700 gr.....	5 cas.
De 2,700 à 2,800 gr.....	3 cas.
De 2,800 à 2,900 gr.....	3 cas.

Ou 16 cas au-dessus de 2,500 gr.

Nous trouvons seulement 3 décès dans les premiers jours parmi ces 255 observations.

N° 748 C..., née G..., 2,550 gr. — A terme. Cause inconnue. Forceps dans l'excavation. Mort le 4^e jour.

N° 1032 (jointe au 1299) M..., née G..., 2,820 gr. — A terme. Cause inconnue. Goître congénital constrictif. Mort subite 24 heures après l'accouchement.

N° 1130 (jointe à 1496) B..., née G..., 2,850 gr. — A terme. Cause inconnue. Siège. Extraction. Mort apparente. Respiration artificielle. Mort au bout de 2 h. 1/2.

Sans vouloir faire à propos de ces trois décès des commentaires nombreux, nous ferons remarquer que dans le premier et dans le troisième on a dû faire des manœuvres (forceps dans un cas, extraction du siège

dans l'autre) fort mal supportées en général par les prématurés ; dans le deuxième cas on était en présence d'une malformation congénitale. Nous en concluons que non seulement dans cette catégorie il y a un chiffre infime de mortalité mais encore que celle-ci s'explique par des circonstances indépendantes de la cause de la prématurité.

Cas de cause inconnue avec accouchement avant terme.

Ils sont, avons-nous dit, au nombre de 200. La *courbe normale* s'y rencontre 132 fois.

1,450 gr., 1 cas...	7 m. 1/2.
1,600 gr., 1 cas...	6 mois.
1,780 gr., 1 cas...	7 m. 1/2.
1,840 gr., 1 cas...	Début du 8 ^e mois.
1,900 à 2,000 gr., 3 cas..	Entre 7 et 8 mois.

Cela nous fait 7 cas au-dessous de 2,000 grammes.

2,000 à 2,100 gr., 4 cas...	7 m. 1/2, début 9 ^e mois.
2,100 à 2,200 gr., 6 cas...	Début 9 ^e mois.
2,200 à 2,300 gr., 6 cas...	8 mois, 8 m. 1/2.
2,300 à 2,400 gr., 12 cas..	7 m. 1/2, 8 m. 1/2.
2,400 à 2,500 gr., 14 cas..	8 mois, 8 m. 1/2.

Soit 38 cas entre 2,000 et 2,500 grammes.

2,500 à 2,600 gr., 16 cas..	{ 2 à 7 m. 1/2. 1 à 8 mois. 13 début 9 ^e mois, 8 m. 1/2.
2,600 à 2,700 gr., 18 cas..	{ 2 à 8 mois. 16 à 8 m. 1/2.
2,700 à 2 800 gr., 24 cas..	{ 1 à 7 m. 1/2. 1 à 8 mois. 22 à 8 m. 1/2.

2,800 à 2,900 gr., 29 cas... { Fin du 8^e mois.
 { 1^{re} moitié du 9^e mois.

Soit 87 cas au-dessus de 2,500 grammes.

Dans 24 cas la *courbe est trainante* :

1,600 gr., 1 cas... 6 mois.
 1,750 gr., 1 cas... 6 m. 4/2.
 1,950 gr., 2 cas... { 6 m. 1/2.
 { 7 mois.

Soit 4 cas au-dessous de 2,000 grammes.

2,250 gr., 1 cas... Début au 9^e mois.
 2,370 gr., 1 cas... 8 mois.
 2,400 gr., 1 cas... Fin du 8^e mois.

Soit 3 cas entre 2,000 et 2,500 grammes.

2,500 à 2,600 gr., 5 cas... { Fin du 8^e mois.
 { Milieu du 9^e mois.
 2,600 à 2,700 gr., 3 cas... { 8 mois.
 { 8 m. 1/2.
 2,700 à 2,800 gr., 3 cas... { Début ou milieu du
 { 9^e mois.
 2,800 à 2,900 gr., 6 cas... { 1 à 8 mois.
 { 5 à 8 m. 1/2.

Soit 17 cas au-dessus de 2,500 grammes.

Les 11 observations qui suivent présentent une *courbe descendante*.

N° 522 B..., née B..., 2,200 gr. — Fin du 8^e mois.

Cause inconnue. Courbe descendante, 2,080 gr.
 à sa sortie.

N° 790 L..., née D..., 2,270 gr. — Début du 9^e mois.

Cause inconnue. Courbe descendante. 1,960 gr.
 à sa sortie.

- N° 836 P..., née C..., 2,360 gr. — Fin du 8^e mois.
Cause inconnue. Courbe descendante.
- N° 557 G..., née R..., 2,600 gr. — 8 m. 1/2.
Cause inconnue. Courbe descendante.
- N° 729 Z..., née N..., 2,620 gr. — 7 m. 1/2.
Cause inconnue. Courbe descendante.
- N° 594 T..., née L..., 2,670 gr. — 8 m. 1/2.
Cause inconnue. Courbe descendante. Huit accouchements normaux.
- N° 1119 G..., née P..., 2,720 gr. — 8 m. 1/2.
Cause inconnue. Courbe descendante.
- N° 575 G..., née M..., 2,820 gr. — Début du 9^e mois.
Cause inconnue. Courbe descendante.
- N° 1222 F..., née P..., 2,820 gr. — 8 m. 1/2.
Cause inconnue. Courbe descendante.
- N° 2111 C..., née P..., 2,880 gr. — 8 m. 1/2.
Cause inconnue. Courbe descendante. 1^{er} accouchement à terme. 2^e et 3^e à 8 mois.
- N° 2227 C..., née R..., 2,880 gr. — Début du 9^e mois.
Cause inconnue. Courbe descendante.

Viennent ensuite 24 observations dans lesquelles la *courbe est absente ou incomplète* :

1,940 gr., 1 cas...	7 m. 1/2.
2,030 gr., 1 cas...	8 m. 1/2.
2,050 gr., 1 cas...	Fin du 8 ^e mois.
2,200 gr., 1 cas...	8 mois.
2,350 gr., 1 cas...	8 mois.
2,380 gr., 1 cas...	Fin du 8 ^e mois.
2,420 gr., 1 cas...	8 m. 1/2.

Soit 2 cas au-dessous de 2,000 gr., et 6 cas entre 2,000 et 2,500.

2,570 gr., 1 cas... 8 mois.

2,600 à 2,700 gr., 4 cas ..	{	Début à milieu du 9 ^e mois.
2,700 à 2,800 gr., 8 cas ..	{	1 à 8 mois. 1 au début du 9 ^e mois. 6 à 8 m. 1/2.
2,800 à 2,900 gr., 4 cas ..	{	Fin du 8 ^e mois. Début du 9 ^e mois. 8 m. 1/2.

Soit 17 cas au-dessus de 2,500 gr.

Parmi ces prématurés, 9 sont *morts* pendant leur séjour à la maternité. Voici les observations :

N° 2076 M. ., née B. ., 1,180 gr. — 6 m. 1/2.

Cause inconnue. Enfant peu vigoureux. Décès au bout de 48 heures.

N° 1066 P. ., née R. ., 1,300 gr. — 7 mois.

Cause inconnue. Décès au bout d'une heure.

N° 1660 (jointe à 2760) P. ., née T. ., 1,600 gr. — 8 mois.

Cause inconnue. Présente de la cyanose. Décès au bout de 21 jours.

N° 1265 B. ., née C. ., 1,800 gr. — 7 m. 1/2.

Cause inconnue. Présente de la cyanose. Décès au bout de 3 heures.

N° 1284 A. ., née B. ., 1,900 gr. — Début du 9^e mois.

Cause inconnue. La mère a un bec de lièvre. L'enfant présente un volumineux exomphale. Décès au bout de quelques heures.

N° 2689 P. ., née G. ., 2,120 gr. — Début du 9^e mois.

Cause inconnue, siège, souffrance pendant le travail, mort apparente, ranimé, décès au bout de deux jours.

N° 2341 V..., née M..., 2,260 gr. — Début du 9^e mois.
Cause inconnue. Décès au bout de 7 jours (broncho-pneumonie).

N° 1166 C..., née G..., 2,350 gr. — 8 mois.
Cause inconnue. Décès au bout de quatre jours (hémorragie gastro-intestinale).

N° 2753 F..., née C..., 2,430 gr. — 8 m. 1/2.
Cause inconnue. Né en état de mort apparente.
Cœur battait. Décès au bout de vingt minutes.

Comme on peut en juger, les cas de décès sont plus nombreux dans cette catégorie de prématurés de cause inconnue, l'accouchement étant avant terme, que dans la catégorie des prématurés de cause inconnue, l'accouchement s'étant produit à terme.

Il apparaît donc bien que en dehors du poids de l'enfant, la durée de la gestation n'est pas sans influence sur la vitalité.

Cas de cause inconnue, sans renseignements sur les dernières règles.

Cette catégorie comprend quarante-quatre observations.

Dans vingt-neuf de celles-ci la *courbe est normale*.

1,600 gr.	1 cas.
2,200 gr.	1 cas.
2,270 gr.	1 cas.
2,320 gr.	1 cas.
2,450 gr.	1 cas.
2,500 gr. à 2,600 gr.	5 cas.
2,600 gr. à 2,700 gr.	8 cas.
2,700 gr. à 2,800 gr.	4 cas.
2,800 gr. à 2,900 gr.	7 cas.

Dans les deux cas suivants, la courbe est traînante.

N° 985 (jointe à 1236) R..., née F..., 2,220 gr.

Cause inconnue. Souffrance de l'enfant. Eaux bourbeuses. Courbe très trainante. Insuffisance de lait.

N° 1274 (jointe à 2241) G... née N..., 2,360 gr.

Cause inconnue. Courbe trainante.

Nous notons quatre fois la *courbe descendante* :

N° 282 C..., née B..., 1,630 gr.

Cause inconnue. Courbe descendante. Pèse 1,320 gr. au bout de 30 jours.

N° 439 L..., née B..., 2,700 gr.

Cause inconnue. Courbe descendante.

N° 1210 L..., née G..., 2,750 gr.

Cause inconnue. Courbe descendante.

N° 569 (jointe au 790) L..., née D..., 2,830 gr.

Cause inconnue. Courbe descendante.

Pour ce dernier enfant nous avons pu trouver un renseignement sur son évolution ultérieure. Il est mort au bout de 37 jours.

Signalons maintenant les huit cas dans lesquelles la *courbe est absente ou incomplète*.

2,220 gr.	1 cas.
2,420 gr.	1 cas.
2,650 gr.	1 cas.
2,700 gr.	1 cas.
2,800 gr. à 2,900 gr.	4 cas.

Un cas de *décès* pendant le séjour à la Maternité :

N° 168 (jointe à 493) M..., née P..., 1,750 gr.— Décès au bout de deux jours. Cause inconnue.

Résumons en deux tableaux notre étude des observations de prématurés de *Cause inconnue* :

PREMIER TABLEAU

Prématurés de cause inconnue 499	}	Courbe normale.....	359 = 71 %
		Au-dessous de 2.000 gr.	10 cas
		Entre 2.000 et 2.500 gr.	74 —
		Au-dessus de 2.500 gr.	275 —
		Courbe traînante.....	52 = 10 %
		Au-dessous de 2.000 gr.	4 cas
		Entre 2.000 et 2.500 gr.	10 —
		Au-dessus de 2.500 gr.	38 —
		Courbe descendante... ..	22 = 4,5 %
		Au-dessous de 2.000 gr.	1 cas
		Entre 2.000 et 2.500 gr.	4 —
		Au-dessus de 2.500 gr.	12 —
		Courbe absente ou incomplète..	53 = 11 %
		Au-dessous de 2.000 gr.	2 cas
		Entre 2.000 et 2.500 gr.	13 —
		Au-dessus de 2.500 gr.	39 —
		Décès.....	13 = 2,7 %
		Au-dessous de 2.000 gr.	7 cas
		Entre 2.000 et 2.500 gr.	4 —
		Au-dessus de 2.500 gr.	3 —

2° TABLEAU

Prématurés de cause inconnue

501

	A terme	Avant terme	Pas de renseignements
	255	200	44
Courbe normale....	198=77°/.	132=65°/.	29=66°/.
Au-dessous de 2.000 gr.	2	7	1
De 2.000 à 2.500 gr.	32	38	4
Au-dessus de 2.500 gr.	164	87	24
Courbe traînante...	26=10°/.	24=11,7°/.	2=4,5°/.
Au-dessous de 2.000 gr.	0	4	0
De 2.000 à 2.500 gr.	5	3	2
Au-dessus de 2.500 gr.	21	17	0
Courbe descendante	7=2,7°/.	11=5,4°/.	4=9°/.
Au-dessous de 2.000 gr.	0	0	1
De 2.000 à 2.500 gr.	1	3	0
Au-dessus de 2.500 gr.	6	8	3
Courbe absente ou incomplète	21=8,2°/.	24=12,3°/.	8=18°/.
Au-dessous de 2.000 gr.	0	1	0
De 2.000 à 2.500 gr.	5	6	2
Au-dessus de 2.500 gr.	16	17	6
Décès.....	3=1,17°/.	9=5°/.	1=2,3°/.
Au-dessous de 2.000 gr.	0	5	1
De 2.000 à 2.500 gr.	0	4	0
Au-dessus de 2.500 gr.	3	0	0

Examinons ces deux tableaux pour tirer une conclusion d'ensemble de notre analyse. Nous remarquons :

1° Dans l'ensemble, la forte proportion de courbes normales : 71 % ;

2° La minime proportion de courbes descendantes : 4,5 % ;

3° La proportion moindre encore de décès : 2,7 %.

Cela nous permettra de dire que, dans les accouchements prématurés de cause inconnue, la vitalité est à peu près la même que dans les accouchements normaux. L'action de la cause de la prématurité est nulle dans cette série, et la morbidité ou la mortalité y apparaissent simplement comme fonctions du poids minime de l'enfant, ou bien comme résultats de circonstances extérieures, telles que : incidents du travail ou malformations congénitales.

Si maintenant nous établissons une comparaison dans cette série, entre les accouchements à terme et les accouchements non à terme, nous voyons :

1° Que dans les accouchements à terme la proportion des courbes normales est plus forte : 77 % au lieu de 65 % ;

2° Que, dans l'ensemble, les poids des enfants sont un peu plus élevés dans la première catégorie que dans la seconde, sans que cependant la différence soit très accentuée ;

3° Que la proportion des décès est bien plus accusée : 5 % chez les prématurés nés d'un accouchement avant terme que chez les prématurés nés d'un accouchement à terme où elle est de 1,17 %. De plus, si on veut se rapporter aux observations de cas de décès, on remarquera que, dans les trois décès survenus dans les cas d'accouchements à terme, nous relevons une fois une

malformation congénitale (goitre et hypertrophie du thymus), et les deux autres fois des incidents du travail (une extraction, un forceps). Dans les accouchements non à terme, au contraire, la fragilité congénitale du fœtus semble davantage en jeu, et les décès portent surtout sur les enfants de faible poids.

Nous pouvons, en somme, dire que dans les cas de prématurés de cause inconnue la vitalité est normale avec une différence sensible en faveur des cas dans lesquels l'accouchement a eu lieu à terme. Le pronostic, dans cette catégorie, varie avec le poids de l'enfant, mais surtout avec la durée de la gestation les deux facteurs n'étant pas, ainsi que le montre notre tableau, absolument en rapport l'un avec l'autre.

LES PRÉMATURÉS D'ORIGINE SYPHILITIQUE

De la syphilis relèvent 75 de nos cas de prématurés nés vivants. Nous avons déjà vu la mortinatalité considérable due à cette affection ; on sait la quantité d'avortements qu'elle provoque ; on verra l'influence qu'elle a sur la mortalité des nouveau-nés d'abord, des nourrissons ensuite. Mais n'anticipons pas et voyons comment se comportent, au point de vue de leur vitalité primaire, c'est-à-dire pendant leur séjour dans la maternité, les prématurés d'origine syphilitique.

Courbe normale. — Pour 29 d'entre eux, la courbe de poids est normale.

Sur ces 29 fois, nous avons noté 11 fois l'*accouchement à terme*, d'après la date des dernières règles :

N° 264 F..., née C..., 1,700 gr. — Courbe normale.
Syphilis.

N° 300 V..., née C..., 2,200 gr. — Courbe normale.
Syphilis.

N° 1969 B..., née V..., 2,200 gr. — Courbe normale.
Syphilis.

N° 710 G..., née D..., 2,380 gr. — Courbe normale.
Né en état de mort apparente. Syphilis.

N° 1650 (jointe à 2169) B. ., née B..., 2,620 gr. —
Courbe normale. Syphilis.

N° 1268 T..., née V..., 2,670 gr. — Courbe normale.
Souffrance pendant le travail. 1 accouchement
à terme, 1 à 7 mois, 2 fausses couches. Syphi-
lis.

N° 1215 G..., née F..., 2,670 gr. — Courbe normale.
1 accouchement à 7 mois, 2 fausses couches
Syphilis traitée.

N° 167 (jointe à 426) B..., née C..., 2,730 gr. —
Courbe normale. Syphilis.

N° 2006 V..., née F..., 2,770 gr. — Courbe normale,
éruption spécifique au bout d'un mois. Syphilis
certaine.

N° 426 B..., née C..., 2,780 gr. — Courbe normale.
Syphilis.

N° 2115 K..., née G..., 2,860 gr. — Courbe normale.
a présenté du gonflement de l'épiphyse radicale.
Syphilis.

Soit 1 cas au-dessous de 2,000 gr., 3 cas entre 2,000 gr.
et 2,500 gr., 7 cas au-dessus de 2 500 gr.

Dans 13 de nos observations de prématurés d'origine
syphilitique avec courbe normale, nous notons
l'accouchement avant terme :

N° 232 (jointe à 1530) C .., née M..., 1,700 gr. —
Début 9° mois, courbe normale. Syphilis trai-
tée.

N° 321 B..., née J..., 2,000 gr. — 8 mois, courbe
normale. 2 fausses couches antérieures. Syphilis.

N° 1621 G..., née B..., 2,200 gr. — Fin 8° mois,
courbe normale. 1 accouchement à terme,
2 accouchements avant terme, 1 fausse couche.
Syphilis.

- N° 982 J..., née L ..., 2,430 gr. — 8 mois, courbe normale. Friction mercure. Syphilis.
- N° 1177 P..., née P..., 2,480 gr. — Début 9^e mois. Courbe normale Syphilis.
- N° 263 T..., née J..., 2,500 gr. — 8 mois 1/2. Courbe normale. Syphilis traitée.
- N° 1582 (jointe à 2115) K ..., née G..., 2,550 gr. — 8 mois. Courbe normale. Syphilis.
- N° 1530 S..., née M..., 2,600 gr. — 8 mois. Courbe normale. Prématurés habituels avec survie des enfants. Syphilis.
- N° 2169 B..., née B..., 2 630 gr. — 8 mois 1/2. Courbe normale. Syphilis ancienne non traitée.
- N° 1168 B..., née P..., 2,710 gr. — 8 mois 1/2. Courbe normale. Lésions de pemphigus à la naissance. Traitement mercuriel. 3 fausses couches antérieures, 1 à terme mort à 4 mois. Syphilis.
- N° 1279 C..., née B..., 2,750 gr. — Fin 9^e mois. Courbe normale. Syphilis.
- N° 1594 T..., née M..., 2,680 gr. — 8 mois 1/2. Courbe normale. Cas de lésions. Syphilis contractée au 3^e mois de la grossesse.
- N° 2014 (jointe à 2637) G..., née B..., 2,890 gr. — Début 9^e mois. Courbe normale. Coryza chronique. Syphilis.

Nous avons enfin cinq cas dans lesquelles les renseignements sur la date des dernières règles nous font défaut :

- N° 445 (jointe au 1530) S..., née M..., 2,100 gr. — Courbe normale. Syphilis.

- N° 499 (jointe à 819) B..., née D..., 2,150 gr. — Courbe normale. Syphilis.
- N° 293 C..., née B..., 2,230 gr. — Courbe normale. Un accouchement antérieur à 7 mois. Enfant mort sitôt après la naissance. Syphilis.
- N° 360 B..., née C..., 2,500 gr. — Courbe normale. Trois fausses couches antérieures. Syphilis.
- N° 412 (jointe au 967) G..., née G..., 2,800 gr. — Courbe normale. Syphilis.

Courbe traînante. — Nous en trouvons 15 cas, dans nos prématurés d'origine syphilitique.

Dans trois de ces cas, *l'accouchement est à terme* :

- N° 792 (jointe à 2271) H..., née D..., 1,920 gr. — Courbe traînante. Syphilis.
- N° 601 M..., née B..., 2,810 gr. — Courbe traînante. Un prématuré de 8 mois. Une fausse couche. Un normal. Syphilis.
- N° 237 (jointe à 949) G..., née P..., 2,830 gr. — Courbe traînante. Hydrocéphalie légère. Syphilis traitée.

Il y a 10 observations *d'accouchement avant terme* :

- N° 1523 D..., née R..., 1,600 gr. — Fin du 7^e mois. Courbe très traînante. Syphilis.
- N° 896 S..., née G..., 2,070 gr. — Début 9^e mois. Courbe un peu traînante. Trois accouchements avant terme. Un à terme. Syphilis.
- N° 50 V..., née M..., 2,200 gr. — 7 m. 1/2. Courbe traînante. Pemphigus tronc et abdomen. Traitement mercuriel. Syphilis.
- N° 2039 (jointe au 2438) D..., née N..., 2 220 gr. — Fin 8^e mois. Courbe un peu traînante. Sclérème. Syphilis.

- N° 806 (jointe au 1530) S..., née M..., 2,250 gr. —
7 m. 1/2. Courbe un peu trainante. Syphilis.
- N° 1254 (jointe au 1668) V..., née B..., 2,350 gr. —
7 m. 1/2. Courbe trainante. Syphilis et rupture
prématurée de l'œuf.
- N° 182 F..., 2,370 gr. — Début 9^e mois. Courbe traî-
nante. Deux enfants morts en bas âge. Chute
des cheveux pendant la grossesse. Syphilis.
- N° 1561 J..., née G..., 2,400 gr. — Début 9^e mois.
Courbe un peu trainante. Syphilis.
- N° 1339 A..., née B..., 2,420 gr. — Début 9^e mois.
Courbe trainante. Lésions pemphigus. Syphilis.
- N° 2272 Z..., née Z..., 2,840 gr. — 8 mois. Courbe
légèrement trainante. Syphilis.

Les renseignements sur la date des dernières règles nous font défaut dans les deux observations qui suivent :

- N° 278 P..., née C..., 1,850 gr. — Courbe trainante.
Enfant malingre sans lésions. Syphilis traitée.
- N° 967 G..., née G..., 1,970 gr. — Courbe un peu traî-
nante. Frictions mercurielles. Syphilis.

Courbe descendante. — Nous rapportons 17 cas dans lesquelles la courbe est descendante, et nous les subdivisons en deux catégories. Pour la première catégorie qui comprend 11 observations, nous avons seulement la notion de courbe descendante pendant le séjour dans le service, sans avoir de renseignements sur le sort ultérieur de l'enfant. Dans les 6 autres cas, nous avons pu trouver les renseignements du décès du nourrisson, à une date plus ou moins éloignée de sa sortie du service. Comme le décès n'a pas eu lieu dans

ce que nous avons appelé la période primaire, nous les laissons dans le groupe étiqueté : *Courbes descendantes*

Voici nos 11 premiers cas :

Un seul *est à terme*.

N° 2139 Z..., née V..., 2,800 gr. — Courbe descendante. Syphilis. Wassermann positif.

Deux fois les *renseignements* sur la date des dernières règles nous *font défaut* :

N° 623 D..., née P..., 2,600 gr. — Courbe descendante. 4 accouchements enfants morts bas âge, 2 fausses couches, 1 macéré. Syphilis.

N° 1370 C..., née C..., 2,550 gr. — Courbe descendante. Présentation épaule, version. Syphilis.

Dans les 8 autres cas l'*accouchement est avant terme* :

N° 1592 (jointe à 2139) Z..., née V..., 1,550 gr. — 7 mois. Courbe descendante. Syphilis.

N° 776 (jointe à 1668) V..., née B..., 1,770 gr. — Fin du 8^e mois. Courbe descendante. Syphilis et rupture prématurée spontanée de l'œuf.

N° 531 G..., 1,770 gr. — 8 mois. Courbe descendante. Lésions syphilitiques. Syphilis.

N° 1100 (jointe à 2112) F..., née Q..., 1,950 gr. — 7 m. 1/2. Courbe descendante. Frictions mercurielles. Syphilis.

N° 245 L..., née N..., 2,400 gr. — Fin du 9^e mois. Courbe descendante. Syphilis irrégulièrement traitée.

N° 2538 C..., née R..., 2,600 gr. — 8 m. 1/2. Courbe descendante. Continue à descendre à Longchêne. Syphilis et rupture prématurée de l'œuf.

N° 1387 R..., née J..., 2,850 gr. — 8 m. 1/2. Courbe descendante. Frictions mercurielles. Syphilis. Rétrécissement léger du bassin. Hypertrophie thyroïdienne.

N° 892 C..., née G..., 2,870 gr. — 8 mois. Courbe descendante. Apparitions de lésions syphilitiques à la nourricerie Rémond, au bout de 2 m. 1/2. Syphilis. Placenta prævia. Hémorragies légères.

Les 6 cas qui suivent sont ceux pour lesquels nous avons appris le décès de l'enfant, plus ou moins longtemps après sa sortie de la Maternité :

N° 908 (jointe à 1268) T..., née V..., 1,820 gr. — 7 mois. — Courbe descendante. Décès à la Charité au bout d'un mois. Syphilis.

N° 2538 T..., née L..., 2,200 gr. — 7 mois. Courbe descendante. Mœlena. Mort à 2 mois. Syphilis.

N° 2518 A..., née B..., 2,360 gr. — Début du 9^e mois. Courbe descendante. Mort à 2 mois et 11 jours. Syphilis secondaire en évolution. Albuminurie syphilitique.

N° 787 (jointe à 1168) B..., née P..., 2,750 gr. — 8 m. 1/2. Nourri par la mère. Mort à 4 m. 1/2.

N° 1452 (jointe à 2006) V..., née F..., 2,800 gr. — 8 mois. Mort à 4 mois d'entérite. Syphilis.

N° 252 (jointe à 623) D..., née P..., 2,700 gr. — Pas de renseignements sur le terme. Courbe descendante. A vécu jusqu'à 11 mois. Avait du coryza chronique. Syphilis.

Nous répétons que ces six cas avec décès n'entrent pas dans le cadre de notre mortalité primaire puisqu'ils se sont produits en dehors du service de la Maternité.

Nous les donnons ici à titre d'indication. Nous n'en tiendrions même pas compte pour le calcul de la mortalité dans la période dite secondaire, c'est-à-dire le prématuré étant nourrisson. Seules les observations d'enfants surveillés dans un service spécial pourraient entrer en ligne de compte. Pour les autres, nous ignorons si les soins reçus ont été appropriés à leur état et si la cause de la prématurité a été le seul facteur du décès.

Courbe absente ou incomplète. — La courbe de poids est absente ou incomplète dans 6 cas, dont 2 sont avant terme, 3 à terme. Pour le 6^e, les renseignements font défaut.

N° 2271 H..., née D..., 1,950 gr. — A terme. Syphilis.

N° 1434 (jointe à 2042) B..., née V..., 2,320 gr. — A terme. Syphilis traitée.

N° 1223 P..., née V..., 2,120 gr. — 8 mois, Syphilis. 5 accouchements à terme, 4 fausses couches.

N° 1143 (jointe à 2271) A..., née D..., 2,160 gr. — Fin 9^e mois. Syphilis.

N° 652 *bis* L... L..., 2,800 gr. — 8 mois 1/2. Syphilis. Frictions mercurielles. Goitre congénital.

N° 545 P... M..., 2,470 gr. — Pas de renseignements sur le terme. A eu un mort-né macéré auparavant. Syphilis.

Décès pendant le séjour à la Maternité. — Les prématurés d'origine syphilitique dont nous relevons le décès pendant leur séjour à la Maternité sont au nombre de 10.

Il y en a deux provenant d'accouchements à *terme*.
Ce sont :

N° 2126 R..., née G..., 2,540 gr. — Décès au bout de 8 heures. Ascite. Syphilis certaine.

N° 2079 C..., née S..., 2,680 gr. — Décès le 6^e jour.
Eruption populeuse généralisée. Hémorragie secondaire du cordon. Syphilis certaine.

L'observation suivante ne donne pas de renseignements sur la date des dernières règles.

N° 494 D..., née P..., 1,300 gr. — Décès au bout de deux heures. Syphilis.

Les cinq autres observations se rapportent à des accouchements *avant terme*.

N° 835 C..., née B..., 1,200 gr. — Décès au bout de neuf heures. Accouchement à 6 mois 1/2. Syphilis.

N° 2324 (jointe à 2741) C..., née J..., 1,600 gr. — Décès au bout de vingt jours. Mœlena. Accouchement à 8 mois. Syphilis et rupture prématurée de l'œuf.

N° 2438 D..., née L..., 1,750 gr. — Décès au 6^e jour.
Sclérème. Accouchement à 7 mois. Syphilis.

N° 466 F..., née B..., 1,900 gr. — Décès au bout de quelques minutes. Pemphigus sur mains et pieds. Accouchement à 7 mois 1/2. Syphilis.

N° 67 P..., née C..., 2,270 gr. — Décès au bout de 17 heures. Syphilis.

On remarquera dans cette liste de décès :

1° Que sur les 8 prématurés qu'elle vise, 7 pesaient au dessous de 2,000 grammes ;

2° Que, pour la plupart des cas, le décès a suivi rapidement la naissance, de quelques minutes à quelques heures.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Prematurés nés vivants d'origine syphilitique

75

Courbe normale....	29 = 38,6 %	{	A terme.....	11
			Avant terme.....	13
			Sans renseignem ^{ts}	5
Courbe trainante..	15 = 20 %	{	A terme.....	3
			Avant terme.....	10
			Sans renseignem ^{ts}	2
Courbe descendante	17 = 22,6 %	{	A terme.....	1
			Avant terme.....	13
			Sans renseignem ^{ts}	3
Courbe absente ou incomplète... ..	6 = 7,7 %	{	A terme.. . . .	2
			Avant terme.....	3
			Sans renseignem ^{ts}	1
Décès... ..	8 = 10,6 %	{	A terme.... . .	2
			Avant terme....	5
			Pas de renseign ^{ts}	1

*Les prématurés nés vivants d'origine syphilitique
groupés d'après le terme*

Total : 75

A terme..	19 = 25,4 %
Avant terme.....	44 = 58 %
Pas de renseignements...	12 = 16 %

*Les prématurés nés vivants d'origine syphilitique
groupés d'après le poids*

Total : 75

Au-dessous de 2.000 grammes.....	18 = 24 %
Entre 2.000 et 2.500 grammes.....	26 = 35,6 %
Au-dessus de 2.500 grammes.....	32 = 41,4 %

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces tableaux récapitulatifs pour se rendre compte de l'influence de la syphilis sur la vitalité des prématurés.

Nous trouvons ici la courbe normale seulement dans une proportion de 37,7 %, alors que chez les prématurés de cause inconnue elle existe dans 71 % des cas.

Au contraire, pour les syphilitiques, la mortalité monte à 10,6 %, alors qu'elle est seulement de 2,7 % dans les cas de cause inconnue. Sur nos 75 cas de syphilis nous avons 8 décès, alors que nous en avons 13 sur nos 499 cas de cause inconnue.

Nous voyons aussi que dans nos observations de prématurés de cause inconnue, le nombre des cas à terme 255 est supérieur à celui des accouchements avant terme 200. C'est le contraire dans les cas de prématurés syphilitiques, 19 cas à terme pour 44 avant terme.

La proportion des enfants pesant plus de 2,500 gr. est également beaucoup moins forte chez les prématurés d'origine syphilitique.

Le contingent des courbes traînantes et surtout celui des courbes descendantes se rapproche ici de celui des courbes normales.

Si nous nous rappelons actuellement que c'est à la syphilis que nous devons attribuer un grand nombre de nos cas de mort-natalité, nous sommes en droit de dire que :

Chez les prématurés d'origine syphilitique, la vitalité de l'enfant est très gravement compromise, soit qu'il meure in utéro, soit qu'il meure peu de temps après sa naissance, soit enfin qu'il se montre débile et s'élève difficilement.

INSERTION BASSE DU PLACENTA. — RUPTURE
PRÉMATURÉE DE L'ŒUF

L'insertion basse du placenta peut amener dans certains cas une rupture de l'œuf avant le début du travail, lequel est le plus souvent ensuite provoqué par le fait même de cette rupture. Cet incident peut se produire à un moment plus ou moins rapproché du terme, parfois même à terme si nous en croyons les dates des dernières règles trouvées dans nos observations. Nous avons réuni 34 cas de prématurés pour lesquels la prématurité est expliquée par la rupture spontanée et prématurée de l'œuf.

Sur ces 34 nouveau-nés, 18 nous présentent une **courbe normale** et parmi ces 18, nous en trouvons seulement :

3 à *terme*, qui sont :

N° 1236 R..., née F..., 2,270 gr. — Courbe normale.

Rupture prématurée des membranes.

N° 1950 A..., née V..., 2,600 gr. — Courbe normale.

Rupture prématurée des membranes.

N° 1833 (jointe à 2449) F..., née P..., 2,800 gr. —
Courbe normale. Rupture prématurée des membranes.

Un seul *sans renseignements* sur la date des dernières règles :

N° 1029 P..., née C..., 2,610 gr. — Courbe normale.
Rupture prématurée des membranes.

Les 14 autres cas sont *avant terme*.

N° 2444 F..., née C..., 1840 gr. — 7 mois. Rupture
prématurée spontanée de l'œuf. Rétrécissement.
Bassin de Nægelé.

N° 1902 P..., née P..., 2,220 gr. — 8 mois. Rupture
prématurée des membranes.

N° 2133 (jointe à 2655) L..., née J..., 2,250 gr. —
7 mois 1/2. Rupture prématurée des membranes.
Bassin de cypho scoliose.

N° 2309 B..., née T..., 2,360 gr. — 8 mois. Rupture
prématurée des membranes.

N° 915 M..., née M..., 2,330 gr. — 8 mois. Rupture
prématurée des membranes.

N° 1064 R..., née G..., 2,350 gr. — 8 mois. Rupture
prématurée des membranes.

N° 872 (jointe à 2184) V..., née P..., 2,420 gr. — 7
mois. Rupture prématurée des membranes.

N° 703 G..., née B..., 2,430 gr. — 7 m. 1/2. Pla-
centa prævia marginal.

N° 990 C..., née A..., 2,430 gr. — 8 m. 1/2. Rup-
ture prématurée des membranes.

N° 1374 P..., née R..., 2,460 gr. — Fin 9^e mois.
Placenta inséré bas. Rupture prématurée des
membranes. Tuberculose pulmonaire active.

N° 1476 C..., née P..., 2,500 gr. — Fin 9^e mois. Rupture prématurée des membranes.

N° 890 (jointe à 2091) F..., née P..., 2,650 gr. — Début 9^e mois. Rupture prématurée des membranes.

N° 1170 D..., née P..., 2,720 gr. — Début 9^e mois. Rupture prématurée des membranes.

N° 1365 C..., née B..., 2,870 gr. — 8 m. 1/2. Rupture de l'œuf. Métrite hémorragique.

La **courbe est traînante** dans les cinq cas suivants, dont un à terme et quatre avant terme :

N° 201 (jointe à 2234) D..., née B..., 1,760 gr. — A terme. Placenta prævia. Courbe traînante.

N° 1016 C..., née G..., 1,770 gr. — 7 mois. Rupture prématurée des membranes. Courbe traînante. Syphilis douteuse. Frictions mercurielles.

N° 1205 F..., née F..., 2,180 gr. — 7 m. 1/2. Rupture prématurée. Courbe traînante.

N° 857 D..., née B..., 2,210 gr. — 8 mois. Rupture quatorze jours avant l'accouchement. Courbe traînante.

N° 1172 B..., née M..., 2,600 gr. — Début 9^e mois. Insertion basse placenta. Rupture prématurée. Courbe traînante. Procidence du cordon.

La **courbe est descendante** dans trois observations : une à terme et deux avant terme.

N° 6 bis B..., 2,150 gr. — A terme. Rupture prématurée. Eaux boueuses. Circulaires du cordon. Souffrance pendant le travail. Courbe descendante jusqu'à la sortie du service. Débilité.

N° 2655 L..., née J..., 2,150 gr. — 8 m. Rupture prématurée. Bassin cyphotique. Courbe descendante.

N° 2683 T..., née B. D..., 2,200 gr. — 8 mois. Rupture prématurée. Courbe descendante.

La **courbe est absente ou incomplète** dans sept-cas qui se décomposent comme suit :

Trois à terme qui sont :

N° 1935 C..., née S..., 2,440 gr. -- A terme. Rupture prématurée.

N° 2793 F..., née C..., 2,650 gr. — A terme. Rupture prématurée.

N° 1144 M..., née G..., 2,850 gr. — A terme. Rupture prématurée.

Un cas où l'on n'a pas les renseignements sur la date des dernières règles.

N° 1044 J..., née D..., 2,500 gr. — Rupture prématurée

Trois derniers cas où l'accouchement a eu lieu *avant terme*.

N° 1962 M..., 1,670 gr. — 7 mois. Rupture prématurée.

N° 1405 D..., née R... — 8 mois. Placenta prævia. Hémorragie légère huit jours avant accouchement. Hémorragie légère du travail.

N° 2767 B..., née M... — Début 8^e mois. Rupture prématurée.

Décès. — Nous avons un décès dans un cas non à terme.

N° 2385 C..., 1,620 gr. — 7 mois. Rupture prématurée. Décès au bout d'un jour. Avait de la cyanose.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Insertion basse ou rupture prématurée 34	Courbe normale $18 = 50\%$	A terme 3	{	Au-dessus de 2.500 grammes.
		Pas de ren- seignements 1	{	Au-dessus de 2.500 grammes.
		Avant terme 14	{	1 au-dessous de 2.000 grammes. 9 entre 2.000 et 2.500 grammes. 4 au-dessus de 2 500 grammes.
	Courbe trainante $5 = 14,28\%$	A terme 1	{	Au-dessous de 2.000 grammes.
		Avant terme 4	{	1 au-dessous de 2.000 grammes. 2 entre 2.000 et 2.500 grammes. 1 au-dessus de 2.500 grammes.
		Courbe descendan ^{te} $3 = 9\%$	{	A terme 1 { Entre 2.000 et 2.500 grammes. Avant terme 2 { Entre 2.000 et 2.500 grammes.
	Courbe absente ou incomplète $7 = 20\%$	A terme 3	{	1 entre 2 000 et 2.500 grammes. 2 au-dessus de 2.500 grammes.
		pas de ren- seignements 1	{	2.500 grammes.
		Avant terme 3	{	2 au dessous de 2.000 grammes. 1 à 2.500 gr.
	Décès $1 = 2,25\%$	Avant terme 1	{	1 au dessous de 2 000 grammes.

D'après l'examen de nos 34 observations de rupture prématurée de l'œuf ou d'insertion placentaire basse, on voit :

1° Que la courbe normale est la plus fréquente (un peu plus de 50 %);

2° Il y a un seul décès avec faible poids du nouveau-né, 1,620 gr.

La rupture prématurée de l'œuf ne semble pas avoir par elle-même d'action sur la vitalité des prématurés.

Elle agit surtout en provoquant très fréquemment l'accouchement assez longtemps avant le terme et en donnant naissance à des enfants trop petits.

ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS ARTIFICIELS ET CÉSARIENNES

Il est des circonstances qui imposent la nécessité d'interrompre la grossesse avant terme, pour essayer de sauver à la fois l'existence de la mère et celle de l'enfant. Dans certains bassins viciés, par exemple, si on laisse aller la grossesse à terme, l'accouchement normal sera impossible et en cas de refus de la césarienne, une intervention sacrifiant le fœtus deviendrait seule capable de sauver la mère. Au contraire, si la viciation pelvienne n'est pas trop accentuée, on pourra, en provoquant un accouchement au 8^e mois, obtenir un enfant viable et d'assez faible volume pour traverser la filière pelvienne rétrécie.

D'autres fois, il s'agira de femmes chez lesquelles il y a mort habituelle du fœtus, au bout d'un certain temps de grossesse. On sera en droit de chercher, en

provoquant l'accouchement avant cette époque, à obtenir un enfant vivant.

La césarienne qui choisit en général son moment, soit très proche du terme, soit lorsque le travail physiologique a déjà débuté, donne souvent des enfants d'un poids supérieur à 3,000 gr.

Nous en avons cependant réuni quelques cas où le nouveau-né pèse moins de 2,900 gr., et qui entrent dans le cadre de notre étude.

Nous n'avons du reste pas à donner ici toutes les indications des accouchements provoqués ou des césariennes, ni à en discuter les méthodes ou la technique. Nous exposons simplement des faits et des résultats.

La question de la vitalité des enfants nés à la suite d'accouchements provoqués a été étudiée dans de nombreux travaux. Tous les traités d'obstétrique en parlent. Nous rencontrons des travaux comme ceux de Raschkow : De la valeur de l'accouchement prématuré artificiel dans les bassins rétrécis et de ses rapports avec la vitalité. Thèse inaugurale de Kiel, 1901. Les suites de l'accouchement prématuré artificiel pour la mère et l'enfant, dans les cas de maladies médicales de la mère font l'objet d'une autre étude. Brundiesk, thèse inaugurale Giessen, 1901. Au Congrès de la Société allemande d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, en 1907, Léopold de Konrad présente un « Plaidoyer en faveur de l'accouchement prématuré artificiel ». Il donne les chiffres suivants : sur 84 enfants, il y en a 71 vivants et 13 morts, soit 84,53 % nés vivants.

Dans les dix premiers jours, c'est là le cas de vitalité primaire qui nous intéresse, 13 de ces 71 nouveau-nés

vivants moururent : c'est-à-dire une proportion de 18 % environ. Il y en eut donc 58 qui quittèrent le service vivants : ce qui est encore 69 % de vitalité ; proportion satisfaisante puisqu'il s'agit d'enfants qu'on ne pourrait avoir vivants sans l'intervention. Delaigue, dans sa thèse de Lyon (décembre 1909), en consultant les statistiques des services de l'Hôtel-Dieu et de la Charité accuse une mortalité infantile immédiate de 12,82 % et de 20,51 % à la sortie des services. Il fait ressortir que ces enfants supportent mal les interventions, telles que forceps, extractions, etc.

La thèse de Bourret (Lyon 1908), sur le pronostic fœtal éloigné des interventions obstétricales, donne 32,4 % de mortalité pour les accouchements provoqués et 32,2 % pour la césarienne, mais il vise les premières années de la vie, ce qui sort des limites que nous nous sommes tracées.

Encore une fois, n'ayant pas l'intention de faire une revue générale de la question, nous ne résumerons pas ces divers travaux. Nous les citons simplement et avons donné quelques chiffres pour servir de points de comparaison à notre propre statistique.

Nous relevons 16 interventions pour viciations pelviennes :

12 accouchements provoqués et 4 césariennes.

Les 12 cas d'accouchements provoqués sont les suivants :

N° 15 C. ., née B..., 2,400 gr. — Début 9^e mois. Accouchement provoqué avant terme par bougies. Rétrécissement du bassin. Courbe traînante (mais bronchite).

- N° 2176 V..., née L..., 2,750 gr. — Début 9^e mois.
Provoqué par bougies. Rétrécissement du bassin. Courbe normale.
- N° 247 C..., née H..., 2,200 gr. — Début 9^e mois.
Provoqué par bougie. Bassin rachitique. Courbe normale.
- N° 742 C..., née C..., 2,550 gr. — Début 9^e mois.
Provoqué par bougies. Bassin rétréci. Courbe normale.
- N° 247 C..., née H..., 2,570 gr. — 8 mois. (Même malade que ci-dessus). Provoqué par bougies. Bassin rachitique. Courbe absente.
- N° 345 (jointe à 600) B..., née V..., 2,770 gr. — Fin 8^e mois. Provoqué par bougies. Bassin aplati. Courbe normale.
- N° 1220 B..., née A..., 2,130 gr. — 8 mois. Provoqué par petit ballon. Bassin rétréci. Courbe normale.
- N° 1676 C..., née R..., 2,830 gr. — 8 mois. Provoqué par ballon. Bassin rétréci. Courbe normale.
- N° 1178 B..., née L..., 2,180 gr. — Fin 8^e mois. Bassin aplati et généralement rétréci. Ballon, rupture des membranes. Procidence dystocique d'un pied. Forceps au détroit supérieur. Courbe légèrement trainante.
- N° 909 L..., née C..., 2,200 gr. — 8 mois, provoqué par ballon. Rétrécissement du bassin. Néétonné. Bien portant. Courbe un peu trainante.
- N° 1557 L...-B..., née C..., 2,030 gr. — Fin 8^e mois. Bassin aplati et généralement rétréci. Ballon. Version à dilatation complète. Mort du fœtus quatre heures après l'accouchement.

N° 907 (jointe à 1178) B..., née L..., 2,200 gr. — 8-mois (a déjà ci-dessus une observation d'accouchement provoqué). Bassin aplati et généralement rétréci. Bougies et ballon. Forceps avec lacs. Déformation de la tête. Né en état de mort apparente. Mort au bout de un jour.

Trouvaille d'autopsie. — Un rein en fer à cheval et une hydronipheose double.

Nous voici donc en présence de 12 cas d'accouchements provoqués par bassins viciés ; presque tous sont provoqués vers l'âge de 8 mois de la grossesse. Six fois on a employé les bougies seules, six fois le ballon après ou sans les bougies. Sur ces 12 cas nous avons six courbes absolument normales, 50 %.

Trois courbes un peu trainantes, et encore dans un des cas y a-t-il bronchite du nouveau-né.

Une courbe est absente.

Enfin, nous trouvons deux décès, l'un à 4 heures, l'autre à un jour. Dans un des cas de décès il y avait eu version ; dans l'autre, forceps avec lacs.

Deux décès sur douze cas, c'est une proportion de 16,6 %.

Nous remarquons ici cette difficulté pour l'enfant prématuré de supporter les interventions obstétricales. Cependant l'observation 1178 dans laquelle, après une procidence dystocique du pied et un forceps au détroit supérieur on obtient un enfant vivant avec simplement une courbe un peu trainante, montre qu'on peut espérer parfois un résultat favorable.

Voici maintenant nos quatre cas de césarienne pour bassins viciés :

N° 1033 L..., née A..., 2,530 gr. — Bassin rétréci.
Césarienne 15 jours avant terme. Courbe normale.

N° 1636 D..., 2,800 gr. — Cyphose lembo-sacru.
Césarienne 8 jours avant terme. Courbe normale.

N° 910 (jointe à 2204) C..., née B..., 2,080 gr. —
Césarienne pour rétrécissement du bassin. Pas de courbe.

N° 1125 (jointe à 2204) C..., née B..., 2,200 gr. (même
malade que ci-dessus.) — Césarienne itérative
pour rétrécissement du bassin. courbe normale.

Donc, sur ces quatre césariennes, nous avons quatre
enfants vivants avec trois courbes normales et une
courbe absente.

Voici maintenant sept observations d'accouchements
provoqués et le *placenta prævia* est en cause :

N° 2648 D..., née V..., 2,650 gr. — 8 mois. Placenta
prævia. Rupture artificielle des membranes et
abaissement d'un pied. Courbe normale.

N° 704 C..., née P..., 2,750 gr. — 8 mois et demi.
Placenta prævia ou décollement placentaire.
Hémorragie abondante. Ballon. Braxton Hicks.
Courbe normale.

N° 2159 B..., née L..., 2,740 gr. — 8 mois et demi.
Placenta prævia. Accouchement provoqué par
ballon, puis Braxton Hicks. Extraction. Courbe
normale.

N° 2821 M..., née S..., 2,200 gr. — 8 mois. Placenta
prævia. Hémorragie. Rupture artificielle des
membranes. Courbe normale

N° 566 M..., née C..., 1,280 gr. — 6 mois. Placenta prævia, Syphilis (?). Accouchement provoqué par ballon. Courbe descendante. Décès à 21 jours.

N° 1209 B..., née C..., 1,500 gr. — 7 mois. Placenta prævia central. Præcidence du cordon. Extraction de l'enfant. décès au bout de quatre jours.

N° 118 M..., née V..., 1,120 gr. — 7 mois. Placenta prævia. Ballon version. Pas de courbe.

Deux décès sur sept cas nous font une proportion de 28,5 %, mais il faut tenir compte de ce fait que dans le placenta prævia, on ne choisit ni son moment ni son mode d'intervention. On a la main forcée et c'est ainsi que dans les deux décès observés, l'accouchement a eu lieu à 6 mois pour l'un, à 7 mois pour l'autre, amenant des enfants de poids très faibles, 1,280 et 1,500 grammes.

Pour quatre cas la courbe est normale. Elle manque une fois.

Nous avons deux observations d'accouchements provoqués pour tuberculose:

N° 1975 N..., née L..., 2,430 gr. — Fin 8^e mois. Mal de Pott à évolution rapide pendant la grossesse. Accouchement provoqué par bougies. Courbe descendante incomplète.

N° 410 D..., née G..., 1,530 gr. — 7 m. 1/2. Tuberculose pulmonaire. Accouchement provoqué *in extremis*. Mort de la mère quelques jours après. Enfant vivant. Courbe un peu traînante. A été placé à la Charité, a pu être mis en nourrice et ensuite à la campagne.

Dans le cas suivant, ce sont des vomissements incoercibles qui ont amené à l'accouchement prématuré provoqué.

N° 801 B..., née V..., 4,820 gr. — 7 m. 1/2. Vomissements incoercibles. Accouchement provoqué. Pas de courbe.

Un cas d'hydramnios aiguë a obligé à ponctionner l'œuf et à provoquer ainsi l'accouchement.

N° 2739 D..., née C. ., 4,560 gr. — 7 m. 1/2. Hydramnios aiguë. Ponction de l'œuf. Tumeur du placenta. Courbe descendante. Décès au bout de 19 jours.

Nous avons joint à cette catégorie une observation dans laquelle l'accouchement n'a pas été, à vrai dire, provoqué ; il a débuté spontanément à 7 m. 1/2, mais il y avait hydramnios et présentation de l'épaule, ce qui a obligé à une version. Il y a eu, en somme, manœuvres obstétricales, on a dû rompre les membranes et faire la version par manœuvres internes. Nous ne compterons pas ce cas dans notre calcul de la mortalité globale par accouchement provoqué.

N° 2003 Q..., née C..., 4,880 gr. -- 7 m. 1/2. Hydramnios. Présentation épaule. Version par manœuvres internes. Brièveté du cordon. Décès au bout d'une heure.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

		DÉCÈS	COURBES			
			Normales	Trainantes	Descendantes	Absentes
Accouche- ments provoqués	Bassins viciés 12	2 16,6 %	6 50 %	3 25 %	0	1
	Placenta prævia 7	2 28,5 %	4 57 %	0	0	1
	Tuberculose 2	0	0	1	1	0
	Vomissements incoercibles 1	0	0	0	0	1
	Hydramnios aiguë 1	1	0	0	0	1
	Total 23	5 21,7 %	10 43,5 %	4 17 %	1	3
Césariennes	4	0	3			1
Hydramnios. Présentation épaule Version par manœuvres internes		1				

Total de cette série 28 cas	{	13 courbes normales. 4 courbes trainantes. 1 courbe descendante. 4 courbes absentes. 6 décès.
--------------------------------	---	---

Nous voyons dans ce tableau que nos chiffres correspondent à peu près à ceux des travaux que nous avons cités.

Le pronostic de la césarienne, même lorsque l'enfant est au-dessous de 2,900 grammes, paraît très bon.

Quant à l'accouchement prématuré provoqué, on ne peut pas dire qu'il compromette la vitalité de l'enfant, puisqu'au contraire, sous cette intervention le fœtus devrait être sacrifié. Il assure donc la vitalité primaire de l'enfant dans une proportion de 78 % environ. Il est vrai que nous devons ici tenir compte des cas de mortalité pendant le travail. Cela assombrit un peu notre pronostic; mais ces cas sont peu nombreux dans notre statistique. Du reste, nous les retrouverons au résumé final de cette étude.

ACCOUCHEMENTS GÉMELLAIRES

Les jumeaux sont ordinairement de plus petit volume que les autres enfants, et cela expliquerait pourquoi le plus grand nombre d'entre eux se trouveraient compris dans le cadre de notre étude, puisque nous ne tenons compte que du poids pour juger de la prématurité. Il y a plus cependant : il est un fait reconnu, et notre statistique nous le confirme, que la grossesse gémellaire aboutit le plus souvent à un accouchement avant terme.

Nous avons réuni 25 observations de gémellaires dans lesquelles un seul ou les deux enfants pesaient moins de 2,500 grammes.

Dans 14 de ces cas la courbe est normale pour les deux enfants, et sur ces 14 cas la date des dernières règles nous en indique 4 à terme et 10 avant terme. Ceux à terme sont les suivants :

N° 1005 G..., née C..., gémellaire :

1^{re} 2,550 gr. Courbe normale.

2^e 2,540 gr. Courbe normale.

N° 1256 C..., née G..., gémellaire :

1^{er} 2940 gr. Courbe normale.

2^e 2640 gr. Courbe normale.

N° 2687 L..., née T..., gémellaire :

1^{er} 2,900 gr. Courbe normale.

2^e 2,800 gr. Courbe normale.

N° 402 R..., née B..., gémellaire :

1^{er} 2,680 gr. Courbe normale.

2^e 2,800 gr. Courbe normale.

On remarquera que tous ces enfants pèsent plus de 2,500 grammes. Un atteint même 2,900 grammes, et l'autre dépasse ce chiffre — 2,940.

Comme cas *avant terme*, nous trouvons :

N° 2516 F..., née L..., 7 mois et demi, gémellaire :

1^{er} 2,250 gr. Courbe normale.

2^e 1,830 gr. Courbe normale.

N° 643 (jointe à 2395) C..., née B..., 8 mois, gémellaire :

1^{er} 2,000 gr. Courbe normale.

2^e 1,950 gr. Courbe normale.

N° 1639 B..., née A..., début 9^e mois. — Gémellaire :

1^{er} 2,770 gr. Courbe normale.

2^e 2,000 gr. Courbe normale.

N° 1,158 (jointe à 2743) D..., née J..., 9^e mois. — gémellaire :

1^{er} 2,620 gr. Courbe normale.

2^e 3,160 gr. Courbe normale incomplète.

N° 615 P..., née R..., début 9^e mois. — Gémellaire :

1^{er} 2,500 gr. Courbe normale.

2^e 2,370 gr. Courbe normale.

N° 2074 G..., née G..., 8 mois et demi. — Gémellaire :

1^{er} 2,350 gr. Courbe normale. Sommet.

2^e 3,050 gr. Courbe normale. Siège.

N° 2635 M..., née D..., 8 mois et demi — Gémellaire :

1^{er} 2,270 gr. Courbe normale.

2^e 2,900 gr. Courbe normale.

N° 818 G..., née P..., 8 mois et demi. — Gémellaire :

1^{er} 2,530 gr. Courbe normale.

2^e 2,260 gr. Courbe normale.

N° 2441 C..., née K..., 8 mois et demi. — Gémellaire :

1^{er} 2,700 gr. Courbe normale.

2^e 2,670 gr. Courbe normale.

N° 2759 P..., née D..., 8 mois et demi. — Gémellaire :

1^{er} 2,700 gr. Courbe normale.

2^e 2,480 gr. Courbe normale.

Notons : 1° que à part le premier cas qui est à 7 mois et demi, pour tous les autres l'accouchement a eu lieu au début ou au milieu du 9^e mois;

2° Que les poids des enfants sont assez élevés, on en trouve sans doute 2 au-dessous de 2,000 grammes et 5 entre 2,000 et 2,500 grammes. Mais il y en a 13 au-dessus de 2,500 gr., et même sur ces 13 nouveau-nés, trois sortent des limites que nous avons définies puisqu'ils pèsent l'un 2,900 gr., les deux autres plus de 3 000 gr.

Deux observations nous présentent une *courbe descendante* à la fois pour les deux jumeaux de chacune d'elles.

N° 839 J..., née B..., 7 m. 1/2. — Gémellaire : 2,300 et 2,300 gr. Mère cardiaque. Insuffisance mitrale pleurésie gauche.

Dans ce cas, l'explication paraît fournie par l'état de santé de la mère et l'accouchement assez loin du terme.

N° 434 V..., née P..., 7 m. 1/2. — Gémellaire :
1^{er} 2,810 gr., 2^e 3,040 gr. Courbe descendante
pour les deux.

Ce sont cependant de gros jumeaux.

Dans deux autres observations, les courbes manquent :

N° 10 B..., née M..., 8 mois. — Gémellaire : 1^{er}
2,650 gr., 2^e 1,800 gr.

N° 655 L..., née F... ; pas de renseignements sur la
date des règles. — Gémellaire : 1^{er} 980 gr.,
2^e 1,130 gr. Syphilis possible.

L'observation suivante montre une courbe traînante
pour un des jumeaux. Celle du second étant absente.

N° 2140 C..., née G..., début 8^e mois. — Gémellaire :
1^{er} 1,440 gr. Courbe un peu traînante.
2^e 1,670 gr. Courbe manquante.

L'éloignement du terme et le poids minime de l'enfant expliquent les hésitations de sa courbe. Le 2^e a dû être envoyé en nourrice.

Voici trois observations dans lesquelles on a enregistré la mort des deux jumeaux pendant leur séjour à la Maternité. Elles ont, comme caractère commun, de se rapporter à des accouchements éloignés du terme et de présenter des enfants de poids faible.

N° 2376 F..., née B..., 7 mois. — Gémellaire : 1^{er}
1,480 gr., 2^e 1,500 gr. Morts tous deux quelques
heures après l'accouchement.

N^o 2222 D..., née C..., 7 mois. — Gémellaire : 1^{er}
1,680 gr., 2^e 1,580 gr. Morts tous deux deux au
12^e jour.

N^o 2064 C..., née R..., 6 m. 1/2. — Gémellaire :
1^{er} 1,110 gr., 2^e 1,230 gr.
1^{er}, mort au bout d'une heure.
2^e, mort au bout de quarante-huit heures.

Dans l'observation qui suit et qui se rapporte égale-
ment à un accouchement loin du terme (7 mois), le
plus gros des enfants a présenté une courbe normale;
l'autre une courbe descendante avec des signes de
débilité. Il est mort au 5^e mois. Nous ne pouvons le
compter dans la mortalité primaire.

N^o 1401 (jointe à 1915) T..., née L..., 7 mois. — Gé-
mellaire :
1^{er} 1,830 gr. Courbe normale.
2^e 1,600 gr. Courbe descendante. Débilité. (Il est
mort au 5^e mois).

Le cas suivant entre bien dans le cadre de la morta-
lité primaire :

N^o 869 (jointe au 1177) P..., née P..., 7 mois. — Gé-
mellaire :
1^{er} 1,700 gr. Courbe normale.
2^e 1,600 gr. Décès au bout de 20 heures.

Il nous reste une observation dans laquelle un des
fœtus était mort-né macéré, l'autre venant au monde
vivant et présentant ensuite une courbe normale.

N^o 1007 G..., née J..., 8 mois 1/2. — Gémellaire :
1^{er} 2,650 gr. Courbe normale.
2^e 990 gr. Mort-né macéré

TABLEAU RÉCAPITULATIF

25 Accouche- ments gémellaires	49 enfants nés vivants	Courbe normale	{	A terme 8
		31 = 63 %	{	Non
			{	à terme 23
		Courbe trai- nante	{ 1	Non à terme
		Courbe absente	{ 5	Non à terme
		Courbe des- cendante	{ 5	Non à terme
		Décès : 7 = 14.28 %		
	1 mort-né macéré			

Chez les prématurés d'origine gémellaire la vitalité est fonction du poids et de la date de l'accouchement. Peut-être cependant en outre la gémellité pourrait-elle être une cause sociale de vitalité moindre des prématurés en apportant une gêne à leur alimentation (lait maternel insuffisant). Ce sont des conditions dont on peut se mettre à l'abri dans les milieux hospitaliers, mais qui peuvent avoir en dehors d'eux une certaine action. Il ne nous est pas possible malheureusement d'avoir à ce sujet des données précises.

PRÉMATURÉS NÉS VIVANTS DANS LES CAS D'ALBUMINURIE OU DE LÉSIONS PLACENTAIRES

Nous avons indiqué déjà dans l'étude des causes de la prématurité les raisons pour lesquelles nous groupons albuminurie et lésions placentaires. Ici nous nous proposons simplement de voir ce que sont devenus les nouveau-nés qui font l'objet des vingt-trois observations que nous avons relevées à ce sujet.

D'abord dix-sept ont présenté *une courbe normale*. C'est, on le voit, la majorité.

Sept proviennent d'un accouchement à *terme* :

N° 2646 B..., née G..., 1,750 gr. — Courbe normale.

Né en état de mort apparente. Albuminurie.

N° 427 P..., née R..., 1,880 gr. — Courbe normale.

Albuminurie grave. Procidèmes. Cœur de Traube.

N° 1159 M..., née T..., 2,220 gr. — Courbe normale.

Albuminurie. Lésions placentaires.

N° 1246 G..., née S. ., 2,300 gr. — Courbe normale.

Albuminurie.

N° 2415 B..., née C..., 2,520 gr. — Courbe normale.

Albuminurie malgré le régime lacté.

N° 2205 B..., née F..., 2,640 gr. — Courbe normale.

Albuminurie gravidique.

N° 2350 G..., née P..., 2,780 gr. — Courbe normale.

Albuminurie de la grossesse. Elampsie pendant le travail. Forceps.

On remarquera que dans l'ensemble ces enfants, quoique à terme d'après la date des règles, sont plutôt petits. Il y en a deux au-dessous de 2,000 gr. et deux entre 2,000 et 2,500, trois seulement sont au-dessus de 2,500 gr.

Deux observations ne fournissent *pas de renseignements sur la date des dernières règles*.

N° 260 S..., née P..., 1,520 gr. — Eclampsisme au 7^e mois. Accouchement spontanée au 8^e mois. Albuminurie. Phlébite. Courbe normale.

N° 1139 B..., née C..., 2,570 gr. — Hématome rétro-placentaire sans albuminurie. Courbe normale.

Huit cas d'accouchements, *avant terme* :

N° 1104 D..., née S..., 1,620 gr. — 7 mois. Albuminurie. Courbe normale.

N° 1138 (jointe à 2637) G..., née S..., 1,860 gr. — 8 m. 1/2. Albuminurie. Courbe normale.

N° 19 C..., née C..., 1,900 gr. — 8 mois. Albuminurie. Courbe normale.

N° 2707 S..., née F..., 2,080 gr. — 8 m. 1/2. Albuminurie. Courbe normale.

N° 1390 M..., née D..., 2,600 gr. — 8 m. 1/2. Infarctus sous choriaux placentaires. Courbe normale.

N° 972 G..., née C..., 2,600 gr. — 8 m. 1/2. Albuminurie. Lésions placentaires. Courbe normale.

N° 1687 G..., née P..., 2,850 gr. — 8 m. 1/2. Albuminurie. Eclampsisme. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Courbe normale.

N° 1965 B..., née B..., 2,880 gr. — 8 m. 1/2. Albuminurie. Courbe normale.

Courbe traînante. Une seule observation.

N° 779 D..., née P..., 2,550 gr. — 7 mois. Albuminurie. Courbe traînante.

Courbe absente, dans deux cas :

N° 2477 L..., née B..., 2,850 gr. — *A terme*. Albuminurie.

N° 105 B..., née A..., 2,480 gr. — 8 m. 1/2. Albuminurie.

Pas de courbe descendante.

Décès : trois observations :

N° 1389 F..., née C..., 1,330 gr. — 7 m. 1/2. Albuminurie. Anémie intense d'origine tuberculeuse chez la mère. Décès de l'enfant le 6^e jour, de broncho-pneumonie.

N° 1837 D..., née S..., 1,770 gr. — Pas de renseignements sur le terme. Albuminurie. Lésions[°] placentaires. Débilité. Décès le 4^e jour.

N° 2726 B... , née G..., 2,300 gr. — *A terme*. Albuminurie gravidique. Bassin aplati. Décès le 3^e jour.

Dans cette série, deux choses nous ont frappés : c'est d'abord la proportion relativement considérable des enfants petits au-dessous de 2,000 gr. ou entre 2,000 et 2,500 gr. C'est, en second lieu, l'absence de courbes descendantes. Il y a seulement une courbe légèrement traînante. Deux courbes manquent.

Nos trois décès donnent une mortalité de 13 %. Ce chiffre est peut-être trop fort, si l'on veut bien se rappeler qu'une de nos observations se rapporte à un enfant dont la mère était atteinte non seulement d'albuminurie mais aussi d'anémie grave d'origine tuberculeuse. L'enfant est mort de broncho-pneumonie.

Le pronostic de l'albuminurie apparaîtrait donc bénin, n'était la note sombre qu'apporte au tableau la part importante que nous lui avons vue dans la mortalité.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Albuminurie et lésions placentaires : 23 cas.			
21 albuminurie.			
2 lésions placentaires sans albuminurie.			
Courbe normale, 17 cas • 74 % 15 albuminurie. 1 hématome rétro-placentaire sans albuminurie. 1 infarctus sous choriaux	A terme	7	2 au-dessous de 2.000 gr.
			2 entre 2.000 et 2.500 gr.
			3 au-dessus de 2.500 gr.
	Pas de renseignements	2	1.570 gr.
			2.570 gr. Hématome rétro-placentaire sans albuminurie
	Avant terme	8	3 au-dessous de 2 000 gr.
			1 entre 2.000 et 2.500 gr.
			4 au-dessus de 2.500 gr.
Courbe trainante 1 — Avant terme — 2.550 grammes.			
Courbe absente	2	{	1 à terme — 2.850 gr.
			1 avant terme — 2.480 gr.
Courbe descendante 0			
Décès. 3 = 13 %	{		1 à terme — 2.300 gr.
			1 sans renseignements 1.770 gr.
			1 avant terme — 1.330 gr.

Nous reverrons ces chiffres dans un exposé final. Pour le moment, si nous voulions résumer l'impression que nous avons au sujet des rapports de l'albuminurie et des lésions placentaires avec la vitalité primaire des prématurés, nous devrions dire : l'albuminurie ou les lésions placentaires tuent fréquemment le fœtus in utéro et assez souvent peu de temps après la naissance.

PRÉMATURÉS D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Nous rappelons que seuls sont classés dans ce groupe les cas dans lesquels nous avons trouvé le diagnostic de tuberculose, indiqué de façon expresse sur l'observation clinique. La tuberculose pulmonaire ou autre agit parfois en provoquant un accouchement avant terme, le plus souvent en portant par l'affaiblissement de l'organisme maternel, préjudice à la nutrition de l'enfant ce qui aboutit à terme à la naissance d'un enfant de poids inférieur à la normale, mais que nous regardons comme un prématuré, d'après les considérations que nous avons exposées au début.

Sur nos 21 observations de prématurés d'origine tuberculeuse, nous avons :

11 COURBES NORMALES, qui se répartissent comme suit :

7 sont à terme.

N° 631 (jointe au 1632) G..., née C..., 2,260 gr. —
Courbe normale. Tuberculose pulmonaire.

N° 24 (jointe au 1013) L..., née J..., 2,350 gr. —
Courbe normale. Tuberculose pulmonaire.

N° 1013 L. ., née J..., 2,880 gr. — Tuberculose pulmonaire (même malade que le cas précédent).
Courbe normale.

N° 1632 G..., née C..., 2,460 gr. — Tuberculose pulmonaire. Courbe normale.

N° 1063 (jointe à 2152) F..., née T..., 2,700 gr. — Tuberculose pulmonaire et laryngée. Courbe normale.

N° 783 E.... née C..., 2,810 gr. — A subi avant sa grossesse une intervention pour tuberculose iléo-cœcale. Courbe normale.

N° 2374 G..., née L. ., 2,820 gr. — Tuberculose pulmonaire. Courbe normale.

Une observation ne fournit *pas de renseignements sur la date des dernières règles*.

N° 1508 M...; née B..., 2,500 gr. — Tuberculose. Bronchite. Fièvre 38°. Hémoptysies. Courbe normale.

Trois cas sont *avant terme* :

N° 1651 (jointe à 2179) B..., née T..., 2,250 gr. — 8 mois. Tuberculose pulmonaire sommet droit. Courbe normale.

N° 1027 (jointe à 1632) G..., née C..., 2,320 gr. — 8 mois. Tuberculose pulmonaire. Courbe normale.

N° 2034 P..., née P..., 2,620 gr. — Début 9^e mois. Tuberculose cutanée et ganglionnaire. Nombreuses cicatrices cervicales. Courbes normales

Courbe traînante. — Nous trouvons un cas de courbe traînante :

N° 1422 C. ., 2,600 gr. — Tuberculose pulmonaire, signes cavitaires sous la clavicule gauche. Courbe traînante. Envoyé à la nourricerie Rémond. Accouchement à 8 mois.

Courbe descendante. — Trois fois la courbe est descendante, et dans un cas elle se termine par le décès de l'enfant au 30^e jour, mais cette mortalité est un peu trop tardive pour entrer dans le cadre de notre mortalité dite primaire. Nous maintenons donc ce cas aux courbes descendantes. Il ne pourrait qu'être porté à la mortalité secondaire dont nous ne parlons pas.

N° 2728 L..., née C..., 2,380 gr. — 8 mois. Tuberculose pulmonaire ulcérée. Courbe descendante.

N° 449 G..., 2,530 gr. — Début 9^e mois. Tuberculose pulmonaire. Courbe descendante.

N° 2219 B..., 2,470 gr. — 8 mois. Courbe descendante. (Décès au bout d'un mois.)

Courbe absente. — Dans 6 observations, dont 3 à terme et 3 avant terme, la courbe est absente :

N° 685 T..., née S..., 2,500 gr. — A terme. Tuberculose pulmonaire.

N° 2179 B..., née T..., 2,600 gr. — A terme. Tuberculose pulmonaire. Rupture prématurée des membranes.

N° 1400 B..., née S..., 2,660 gr. — A terme. Abscès du sein pendant la grossesse. Adénites tuberculeuses.

N° 1260 P..., née L..., 2,880 gr. — 8 mois. Tuberculose pulmonaire aiguë.

N° 205 C..., née G..., 2,220 gr. — 7 mois. Broncho-pneumonie tuberculeuse.

N° 1332 C..., née C..., 2,470 gr. — 8 mois. Tuberculose pulmonaire. Signes au sommet légers mais certains.

Pas de *décès* pendant cette période primaire.

TARLEAU RÉCAPITULATIF

Prématurés d'origine tuberculeuse

Total 21 cas	Courbe normale	11	{	A terme	7
	52,4 %.			Sans renseignements	1
				Avant terme	3
	Courbe trainante	1		Avant terme	
	Courbe descend ^e	3		Avant terme	
	Courbe absente	6	{	A terme	3
				Avant terme	3
	Décès	0			

Nous n'avons pas un cas de mortalité primaire dans cette série, et la vitalité y semble satisfaisante. Nous nous gardons d'en conclure que la tuberculose est favorable à la vitalité primaire. Elle a peu d'influence sur elle; nous verrions qu'il n'en est pas de même pour la vitalité secondaire et, sans sortir de notre étude, nous pouvons indiquer ici pourquoi cette influence est minime pendant la période où le nouveau-né est dans une Maternité. On admet que la tuberculose maternelle agit le plus souvent par contagion, ou bien en créant une prédisposition de l'enfant, ou encore par invasion directe à travers le placenta; mais ces derniers cas seraient excessivement rares.

Quant à la contagion directe ou à la prédisposition, leur action ne peut se faire sentir dès les premiers jours; elle se reporte sur la période suivante, que nous avons appelée secondaire.

INCIDENTS PATHOLOGIQUES PENDANT LA GROSSESSE ET VITALITÉ DES PRÉMATURÉS

Une maladie aiguë pendant la grossesse, un accident quelconque peuvent interrompre le cours de celle-ci ou tout au moins l'influencer de façon à amener la naissance d'un enfant prématuré. Dans 14 de nos observations, nous trouvons signalés des incidents de cette sorte qui nous ont paru pouvoir être regardés comme causes de la prématurité.

Dans *neuf cas*, la courbe de l'enfant EST NORMALE, et dans ces neuf cas, nous rencontrons deux observations de pyélonéphrite gravidique :

N° 1420 R..., née M. ., 2,420 gr. — Courbe normale.

Pyélonéphrite ayant débuté à la fin du 7^e mois de la grossesse avec polyurie trouble et température 38°, 38°8 et amenant l'accouchement à 7 m. 1/2.

N° 1839 V..., née V..., 2,700 gr. — Courbe normale.

Pyélonéphrite gravidique environ deux mois deux mois avant l'accouchement. Phénomènes d'occlusion intestinale à ce moment. Guérison au bout d'un mois. Accouchement à terme un mois après la guérison.

Deux observations de coliques hépatiques.

N° 376 B..., née M..., 2,350 gr. — Courbe normale.
Coliques hépatiques pendant la grossesse. Pas
de renseignements sur les dernières règles.

N° 1026 R..., née D..., 2,650 gr. — Courbe normale.
Accouchement à 8 mois 1/2. Coliques hépatiques
pendant la grossesse.

Robert Garipuy, qui rapporte deux cas semblables à
la Société d'obstétrique de Toulouse (voir Obstétrique
1910, pages 779 et 990), attribue la prématurité à l'ac-
tion tardive des sels biliaires.

Une observation de diarrhée prolongée pendant la
grossesse.

N° 802 G..., née P..., 2,850 gr. — Courbe normale.
Accouchement à 8 mois 1/2. Femme amaigrie,
souffreteuse. Diarrhée les trois dernières semai-
nes avant l'accouchement.

Une observation d'état fébrile de nature inconnue
pendant les huit jours avant l'accouchement.

N° 1570 B..., née V..., 2,700 gr. — Courbe normale.
Accouchement au début du 9^e mois. Fièvre
assez élevée, 38,5, 39°, huit jours avant l'accou-
chement.

Une observation de pneumonie avec pleurésie deux
mois avant l'accouchement.

N° 1175 H..., née F..., 2,700 gr. — Courbe nor-
male. Pneumonie, puis pleurésie gauche pendant
la grossesse. Accouchement à terme deux mois
après.

Une observation de chute au 4^e mois de la gros-
sesse.

N° 1378 G..., née D..., 2,650 gr. — Courbe normale.
Chute au 4^e mois de la grossesse, suivie de menace d'avortement avec hémorragie assez grave et perte de caillots. Accouchement à 7 mois 1/2.

Une observation de fibrome et grossesse.

N° 1859 B..., née O..., 2,600 gr. — Courbe normale.
Fibrome du volume d'une orange bombant dans le cul-de-sac droit, ne gêne pas l'accouchement
Accouchement à terme.

Nous relevons quatre cas de *courbe trainante*.

Une observation d'ictère infectieux bénin pour laquelle la pathogénie peut être analogue à celle des cas de coliques hépatiques avec action plus rapide des sels biliaires.

N° 747 N..., née T..., 2,460 gr. — Courbe un peu trainante. Ictère a débuté à la fin du 8^e mois sans coliques hépatiques, le foie indolore ne dépasse pas les fausses côtes. L'accouchement a lieu 6 jours après le début de l'ictère, trois semaines avant terme.

Une observation de fièvre typhoïde :

N° 1896 P..., née H..., 1,700 gr. — Courbe trainante. Fièvre typhoïde et accouchée dans le service des typhiques. Pas de renseignements sur la date des dernières règles.

Une observation d'anémie grave de la mère.

N° 2198 L..., née P..., 2,880 gr. — Courbe un peu trainante. Anémie grave de la mère. Accouchement à 8 mois 1/2.

Une observation de pyélonéphrite gravidique :

N° 2237 C..., née J..., 2,650 gr. — Courbe un peu trainante. Pyélonéphrite gravidique. Accouchement à 8 mois 1/2.

La *courbe est absente* dans une observation de fièvre typhoïde :

N° 891 R..., née P..., 1,800 gr. — Fièvre typhoïde.
Albuminurie ancienne. Infarctus blancs placentaires. Accouchement au cours de la typhoïde.
Pas de date des dernières règles.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

	3 Pyélonéphrites gravidiques	2 courbes normales 1 courbe trainante	{ 1 à terme 1 avant terme avant terme
	2 Coliques hépatiques et 1 Ictère infectieux bénin	2 courbes normales courbe trainante	{ 1 avant terme 1 pas de renseignements avant terme
Total			
des cas	2 Fièvres typhoïdes	{ 1 courbe trainante, pas de renseignements sur le terme. 1 courbe absente, pas de renseignements sur le terme.	
	14	1 Diarrhée : courbe normale (avant terme). 1 Etat fébrile : courbe normale (avant terme). 1 Pneumonie avec Pleurésie : courbe normale (à terme). 1 Chute : courbe normale (avant terme). 1 Fibrome : courbe normale (avant terme). 1 Anémie grave : courbe trainante (avant terme).	

SUR 14 CAS

9 courbes normales	3 cas à terme
4 courbes trainantes	3 sans renseignements sur le terme
1 courbe absente	8 avant terme

Il est certain que dans cette catégorie qui groupe des affections disparates, on ne peut rien conclure d'un examen d'ensemble. L'avenir d'un prématuré, lorsqu'un incident, en cours de la grossesse peut être mis en cause est fonction et de la nature de cet incident et de l'âge de la grossesse à laquelle il survient. C'est tout ce que nous pouvons dire de plus précis.

PRÉMATURÉS NÉS DE MÈRE CARDIAQUE

Cardiopathie et grossesse agissent l'une sur l'autre et l'aphorisme d'ailleurs exagéré de Peter est dans toutes les mémoires : fille, pas de mariage ; femme, pas d'enfant ; mère, pas d'allaitement. La fécondation serait assez difficile chez les cardiaques (probablement à cause de la congestion intérieure) ; la grossesse, quand elle survient, peut se terminer par l'avortement, mais elle peut aussi aller à terme ou près du terme. Quoiqu'il en soit, nous avons réuni 13 observations de malades atteintes de cardiopathies plus ou moins bien supportées et ayant donné le jour avant terme ou à terme à des enfants pesant moins de 2,900 gr.

Sur ces 13 prématurés 6 ont présenté pendant leur séjour à la Maternité une *courbe de poids normale*.

N° 1012 F..., née N..., 2,570 gr. — *A terme*. Courbe normale. Rétrécissement mitral.

N° 1386 F..., née Pr..., 2,760 gr. — *A terme*. Courbe normale. Allaité par la mère. Rétrécissement mitral congénital chez la mère.

N° 1487 C..., née C..., 2,760 gr. — *A terme*. Courbe normale. Cardiopathie bien compensée. Rupture prématurée de la poche des eaux un mois avant l'accouchement.

N° 2666 F..., née S..., 2,870 gr. — *A terme*. Courbe normale. Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale. Goitre ancien basedovifié.

N° 330 M..., née G..., 2,800 gr. — *Début 9^e mois*. Courbe normale. Allaité par la mère. Rétrécissement mitral. Phénomènes gravido-cardiaques.

N° 2257 L..., née L..., 2,650 gr. — 8 m. 1/2. Courbe normale. Rétrécissement mitral.

Ainsi sur ces six observations de courbe normale, quatre se rapportent à des accouchements à terme, deux à des accouchements avant terme.

Pour les six observations suivantes dans lesquelles la *courbe est absente*, l'accouchement à terme est noté trois fois et l'accouchement avant terme trois fois aussi.

N° 2483 C..., née P..., 2,350 gr. — *A terme*. Pas de Courbe. Cardiopathie bien compensée. Pas d'accidents gravido cardiaques. Souffrance du fœtus. Forceps.

N° 962 C..., née P..., 2,370 gr. — *A terme*. Courbe incomplète. Cardiopathie bien compensée.

N° 2283 P..., née A..., 2,720 gr. — *A terme*. Courbe incomplète. — Lésion aortique bien compensée.

N° 1815 F..., née G..., 1,840 gr. — 8 mois. Courbe incomplète. Cardiopathie grave avec crises d'angor. Rupture des membranes quinze jours avant l'accouchement.

N° 2050 D..., née M..., 2,110 gr. — 8 mois. Pas de courbe. Insuffisance et rétrécissement mitral: Placenta prævia.

N° 4573 M..., née G..., 2,850 gr. — 8 m. 1/2. Insuffisance et rétrécissement mitral.

Il nous reste un dernier cas avec *décès* de l'enfant pendant le séjour à la maternité :

N° 799 F..., née R..., 1,970 gr. — 7 m. 1/2. Rétrécissement mitral. Accidents gravido-cardiaques. Enfant chétif, malingre, s'alimente mal. Décès au bout de dix jours.

Notons que ce cas de décès se rapporte à un enfant de poids faible et né assez loin du terme.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Cardiopathies 13	{	Courbe normale	{	à terme	4
		6 = 46.15 %.	{	avant terme	2
		Courbe absente ou	{	à terme	3
		incomplète	{		
		6 = 46.15 %.	{	avant terme	3
		Décès, 1 (avant terme) 7.7 %.			

L'avenir du prématuré ou du moins sa vitalité primaire peut être compromise dans le cas de cardiopathie, du fait de l'interruption de la grossesse à une époque éloignée du terme et de la naissance d'un enfant trop petit et par cela même moins résistant.

TABLEAU RÉCAPITULATIF
de l'ensemble des prématurés nés vivants

		Courbe Normale	Courbe Traînante	Courbe descendante	Courbe absente	Décès
Cause inconnue.....	199	359	52	22	53	13
65,8 %		71 0/0	10 0/0	4,5 0/0	11 0/0	2,7 0/0
Syphilis.....	75	29	15	17	6	8
9,88 0/0		38,6 0/0	20 0/0	22,6 0/0	7 7 0/0	10,6 0/0
Rupture de l'œuf.....	31	18	5	3	7	1
4,48 0/0		50 0/0	14,28 0/0	9 0/0	20 0/0	2,25 0/0
Provoqués césariennes	28	13	1	1	4	6
3,83 0/0		46 5 0/0	14,28 0/0	3,5 0/0	14,28 0/0	21,4 0/0
Gémellaires 25 cas....	49	31	1	5	5	7
(1 mort né)						
6,48 0/0		63 0/0	2 0/0	10 0/0	10 0/0	14,28 0/0
Albuminurie et lésions placentaires	23	17	1	0	2	3
3 0/0		74 0/0	4,3 0/0		8 7 0/0	13 0/0
Tuberculose.....	21	11	1	3	6	0
2,77 0/0		52 4 0/0	5 0/0	14,28 0/0	28,6 0/0	
Incidents pathologiques	14	9	4	0	1	0
1,9 0/0		60 0/0	26,6 0/0		6,6 0/0	
Cardiopathies.....	13	6	0	0	6	1
1,8 0/0		43 0/0			43 0/0	7,7 0/0
Total.....	756	493	83	51	90	39
		65 0/0	10,9 0/0	6,7 0/0		5,1 0/0

REVUE D'ENSEMBLE DE LA VITALITÉ PRIMAIRE

Reprenons maintenant, les unes après les autres, les causes de la prématurité, en résumant pour chacune d'elles les résultats obtenus tant dans les cas de mortinatalité que dans ceux de prématurés nés vivants.

Cause inconnue : 9 cas de mortinatalité, 499 cas de nés vivants, soit en tout 508.

La mortinatalité, par cause inconnue, est de 12 % de la mortinatalité totale.

La proportion des mort-nés, parmi les prématurés de cause inconnue, est de 1,95 %.

La proportion de décès, parmi ceux qui sont nés vivants, est de 2,7 %.

La vitalité normale est de 71 %. La vitalité atténuée (courbe traînante et descendante) est de 15% environ.

Les décès portent surtout sur les enfants de poids faibles, et presque toujours dans les cas non à terme.

L'époque à laquelle se produit l'accouchement et le poids de l'enfant à la naissance sont les deux éléments du pronostic, qui est bon dans son ensemble.

La syphilis. — 28 cas de morti-natalité et 75 cas de nés vivants, soit en tout 103.

La morti-natalité, par syphilis, est de 36 % de la morti-natalité totale.

La proportion des mort-nés, parmi les prématurés d'origine syphilitique, est de : 27,6 %, chiffre énorme.

La proportion des décès, parmi ceux qui sont nés vivants, est de 10,5 %.

La vitalité normale est de 38,6 % seulement. La vitalité atténuée (courbes trainantes et courbes descendantes) est de 42,6 %.

La syphilis agit à la fois en interrompant le cours de la grossesse, en amenant la naissance d'enfants peu développés et en leur transmettant une tare héréditaire. Elle cause une proportion considérable de mort-nés ; elle a à son actif un nombre important de décès pendant la période primaire. Les prématurés d'origine syphilitique ont plus souvent une vitalité atténuée qu'une vitalité normale, ce qui est une menace pour l'avenir.

Accidents dûs au placenta ou au cordon. — Nous devons établir parmi ces accidents plusieurs catégories distinctes :

1° L'insertion basse du placenta amène simplement une rupture prématurée de l'œuf. Nous trouvons ce cas 34 fois avec une morti-natalité de 1 seul cas, une mortalité primaire intime, un seul cas, soit 2,25 %, une vitalité primaire bonne dans 50 % des cas un peu atténuée dans 23 % des cas.

2° Le placenta prævia nous donne un mort-né in utéro, quatre cas de mort-nés pendant le travail.

Dans 7 cas, il a nécessité une intervention interrompant la grossesse. Sur ces 7 cas il y a eu un décès, soit 14,28 %.

Nous notons également parmi nos mort-nés pendant le travail un cas de placenta prævia avec procidence du cordon.

En somme, sur 13 cas notés de placenta prævia, nous relevons 6 mort-nés et 1 décès à la période primaire. On voit le pronostic de cette affection pour le fœtus.

3° Dans 4 cas de mort-natalité on trouve incriminé le cordon : un cas d'atrésie, un cas de brièveté avec circulaires, deux cas de procidence.

4° Des lésions placentaires, telles que décollement prématuré du placenta, placenta albuminurique sans albuminurie, nous fournissent quelques cas de mort-natalité et de prématurés nés vivants, trop peu nombreux pour qu'on puisse établir un pourcentage. En somme, ces accidents menacent surtout de mort-natalité.

Pour les prématurés nés vivants, la mortalité primaire n'est pas très élevée. La vitalité est normale pour la moyenne.

Accouchements provoqués et césariennes. — Nous n'avons trouvé à l'actif de la césarienne, dans les quatre cas que nous en avons réunis, ni mort-natalité, ni mortalité. Dans les quatre observations, vitalité normale.

Pour les accouchements provoqués, il y aurait lieu de faire un morcellément dans le groupement que nous en avons fait : l'accouchement en effet est pro-

voqué pour une cause quelconque et c'est à cette cause elle-même qu'il faudrait rapporter les déboires. On provoque l'accouchement comme moyen thérapeutique. Dans certains cas, c'est pour sauver l'enfant, et sans lui l'enfant serait sûrement perdu. S'il est perdu malgré cette manœuvre on ne peut pas plus mettre théoriquement le décès de l'enfant sur le compte de cette tentative qu'on ne met sur le compte de la digitale la mort des cardiaques qu'elle ne peut pas sauver. C'est dans certains cas (bassins rétrécis par exemple) que l'accouchement est provoqué pour avoir un enfant vivant; dans d'autres cas (placenta prævia, etc.) le but principal est de sauver la mère (l'enfant est vivant par surcroît); les résultats n'ont donc rien de comparable entre eux.

Nous trouvons 16 accouchements provoqués pour sauver l'enfant: Dans ces cas, c'est une manœuvre obstétricale que l'on fait en temps voulu et suivant la méthode appropriée; on choisit. Aussi a-t-on de bons résultats, relativement aux autres interventions qui forcent la main.

14 fois on est intervenu pour bassins viciés. On a 2 mort-natalité et 1 décès à la période primaire.

2 fois on a provoqué l'accouchement pour sauver l'enfant dans des cas de tuberculose grave de la mère. Les deux enfants ont vécu.

On a, en somme, 1 décès sur 14 enfants nés vivants, ce qui fait du 7,14 %.

Pour les 9 cas où l'accouchement provoqué a été une nécessité, où l'on a eu la main forcée par la gravité de l'état de la mère, on a 2 décès, soit : 22,22 %.

Ces résultats ne sauraient être en rien assimilés aux premiers et on aurait tort de les grouper ensemble car on assombrirait le tableau de l'accouchement provoqué, ayant pour but de sauver l'enfant.

Gémellité :

49 enfants nés vivants.

1 mort né in utéro.

Cela nous ferait dans les cas de gémellaires du 2 % de morti-natalité.

Sur les 49 enfants vivants, 7 décès. Mortalité primaire de 14,28 %.

Vitalité normale 31 cas, soit 63 %.

Vitalité atténuée (courbe trainante et courbe descendante) 12 %.

La gémellité a une mortalité primaire relativement élevée, du fait qu'elle amène souvent l'interruption de la grossesse assez loin du terme et surtout peut donner naissance à des enfants très petits, ayant plus ou moins souffert pendant un travail qui se prolonge. Les enfants qui échappent à cette mortalité ont pour le plus grand nombre, 63 %, une vitalité primaire normale.

Albuminurie :

15 cas de morti-natalité in utéro.

22 cas avec naissance d'enfants vivants.

Soit en tout 37 observations.

La morti-natalité par albuminurie représente 17,4 % de la morti-natalité totale.

La proportion des mort-nés parmi les prématurés d'origine albuminurique est de 40,8 %, presque la moitié.

Sur les 22 nés vivants, nous avons 3 décès ; mortalité primaire de 13,6 %.

La vitalité est normale dans 74 % des cas.

La vitalité est atténuée dans 5 %, des cas à peu près.

Notre statistique nous amène à dire que presque la moitié des prématurés d'origine albuminurique meurt in utéro. Ceux qui naissent vivants ou bien meurent et en assez grand nombre (13,6 %) dans les premiers jours, ou bien ont une vitalité normale, et c'est la grande majorité, 74 %, alors même que dans notre statistique nous avons pu constater la faiblesse très fréquente du poids de naissance de ces enfants.

Tuberculose :

Pas de morti-natalité.

2 cas d'accouchements provoqués avec enfant né vivant.

21 cas d'accouchements spontanés avec enfant né vivant.

Pas de décès pendant le séjour à la maternité.

Vitalité normale 52,24 %.

Vitalité atténuée 20 % environ.

A part cette proportion assez forte de vitalité atténuée, la tuberculose fait peu sentir son action sur la période primaire de la vie du prématuré.

Incidents pathologiques pendant la grossesse. — Nous avons publié un tableau d'ensemble qui accuse 60 % de vitalité normale, 26 % de vitalité atténuée, 6,6 % de décès.

L'examen des cas particuliers, pour lequel nous renvoyons au chapitre spécial, peut seul avoir ici une signification. Comme impression d'ensemble nous ne

pouvons que répéter que le pronostic dépendra et de la nature de l'incident et du moment de la grossesse où il survient.

Cardiopathie. - Un cas de mort-natalité pour accouchement provoqué pour accidents gravido-cardiaques.

Treize cas d'accouchements spontanés chez des cardiaques avec naissance de prématurés vivants.

Quatorze cas en tout.

La mort-natalité dans nos cas de cardiopathie, est de 6,6 %.

La mortalité chez les prématurés nés vivants dans les cas de cardiopathie, est de 14 %.

La vitalité normale 58 %.

Dans les cas de cardiopathie, il y a une proportion assez forte de mortalité primaire. Ceux qui échappent à cette mortalité ont, pour la plupart, une vitalité normale.

Bassins viciés. — Dans notre énumération des causes de la prématurité, on ne trouve pas mentionné le rétrécissement du bassin. Pourtant il intervient. Nous avons indiqué incidemment, en parlant des causes inconnues, que chez un certain nombre de femmes à bassin étroit, on notait l'accouchement spontané d'enfants petits, comme s'il y avait une accommodation entre le mobile et le canal à traverser. C'est là une simple hypothèse. Cependant le rétrécissement du bassin joue dans les accouchements prématurés un rôle plus actif et plus nettement appréciable. Il nécessite une intervention obstétricale.

Cette intervention peut être choisie. La femme est

venue se faire examiner d'avance, on a pu étudier son bassin, on peut poser à longue échéance un pronostic d'accouchement et indiquer une intervention appropriée. (Césarienne. Accouchement provoqué.) Dans ces cas le pronostic est bon. .

D'autres fois, il y a une intervention minime : forceps ou extraction du siège, pour un travail déjà commencé. Le prématuré est très fragile et résiste mal à ces sortes d'intervention. On note quelques cas de *morti-natalité* pendant le travail.

Où le pronostic devient franchement sombre, c'est dans les cas où l'on a la main forcée : femmes arrivant en plein travail, poche des eaux rompue, conditions d'asepsie peu sûres. Il faut intervenir d'urgence quand et comme on peut, ou bien les interventions de choix comme la césarienne sont refusées. Pour *ces cas la morti-natalité* est à peu près fatale et souvent le sacrifice de l'enfant est rendu nécessaire.

CONCLUSIONS

1° En nous basant sur les documents recueillis dans le service de la Maternité de la Croix-Rousse, pendant ces dix dernières années, nous avons cherché à établir la morti-natalité, la mortalité et la vitalité primaires, c'est-à-dire pendant les trois premières semaines de la vie (séjour dans les maternités) des prématurés nés dans le service ;

2° En considérant comme prématuré tout enfant né avec un poids inférieur à 2,900 gr., mais supérieur à 1,000 gr., quel que soit du reste le moment de la gestation où soit survenu l'accouchement, nous trouvons sur 2,271 naissances, 832 prématurés, soit une proportion d'environ 30 % ;

3° Sur ces 832 prématurés, le nombre des mort-nés est de 76, ce qui fait 9,1 % de morti-natalité.

Sur ces 76 mort-nés, 59 étaient morts in utéro avant l'accouchement et, comme cause, nous relevons :

La syphilis.....	28 fois.	36,4 %.
L'albuminurie.....	11 fois.	14,3 %.
Des accidents dus au placenta ou au cordon.....	10 fois.	13,2 %.

Une cardiopathie grave de la mère 1 fois. 1,32 %.
La cause nous est inconnue. 9 fois. 11,8 %.

Pour les 17 cas de mort-natalité pendant le travail, il s'agit 9 fois d'accidents au cours du travail, soit 11,8 % et 8 fois d'interventions mutilatrices du fœtus, soit 10,6 % ;

4° Sur le nombre des prématurés nés vivants, qui est de 756, nous relevons 39 décès pendant le séjour à la Maternité, c'est-à-dire 5,1 %.

En groupant les prématurés, d'après la cause de leur prématurité, nous trouvons :

Pour les interventions obstétricales : 6 décès sur 28 cas, soit 21,4 %.

Pour les gémellaires : 7 décès sur 49 prématurés, soit 14,28 %.

Pour l'albuminurie : 3 décès sur 23 prématurés, soit 13 %.

Pour la syphilis : 8 décès sur 75 prématurés, soit 10,6 %.

Pour les cardiopathies : 1 décès sur 13 cas, soit 7,7 %.

La tuberculose, pour 21 cas et des incidents pathologiques divers au cours de la grossesse, pour 15 cas ne nous ont pas donné de mortalité.

Dans les causes inconnues : 13 décès sur 499 cas, soit 2,7 % ;

5° La vitalité des prématurés, pendant leur séjour à la Maternité, peut être normale, relative ou décroissante. Nous la notons normale dans 493 cas, soit 65 %, relative dans 83 cas, soit 10,9 %, décroissante dans 51 cas, soit 6,7 % ,

6° En mettant en regard la vitalité et la mortalité primaires des prématurés, avec les causes de la prématurité, nous constatons que, sauf pour les cas de syphilis et de tuberculose maternelles, le prématuré présente une vitalité normale la plupart du temps, ou bien meurt dans les premiers jours. La vitalité atténuée est relativement faible. La syphilis donne une mortalité primaire élevée et la vitalité atténuée y est plus fréquente que la vitalité normale. La tuberculose agit peu sur la période primaire. On y note cependant une proportion assez élevée de vitalité atténuée, menace pour l'avenir.

Le Président de la Thèse,

E. WEILL.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 juillet 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Travaux d'obstétrique.
- BLANCHET. — Etude de la syphilis du nouveau-né. Thèse, Paris 1902.
- BOURRET. — Thèse, Lyon 1908.
- BRESSET et MONORY. — Avortement et mort-natalité. *Annales gynécologie et obstétrique*, 1906.
- BRUNDIESK. — Thèse Giessen 1901.
- BUDIN. — Le nourrisson.
- BUDIN. — Les enfants débiles. *Presse médicale*, 3 décembre 1902. *Journal des Praticiens*, 6 décembre 1902.
- COMMANDEUR. — Pratique de l'art des accouchements. (Bar Brindeau Chambrelent.) Article rétrécissements du bassin.
- LÉOPOLD DE COMAD. — Société obst. et gyn. Berlin 1907.
- DELAIGUE. — Thèse de Lyon 1909.
- FABRE. — Précis d'obstétrique.
- GARIPUY. — Obstétrique 1910.
- LESAGE. — Maladies du nourrisson.
- MAYGRIER et JEANNIN. — Pratique de l'art des accouchements. (Bar Brindeau Chambrelent.) Article : le nourrisson débile.
- MAYGRIER. — Rapports de la syphilis et de la grossesse. *Journal des Praticiens* 1902.

- MAYGRIER. — Le prématuré, sa protection, son avenir. *Presse médicale* 1908.
- MAYGRIER. — Service des débiles à la Maternité de Paris. *Obstétrique* 1909.
- M. PERRIER. — Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson (H. Rotschild). Article : les nourrissons débiles.
- PLAUCHU. — La nourricerie Rémond. *Obstétrique* 1906.
- PLAUCHU et CHALIER. — Prématurés non débiles. *Obstétrique* 1907.
- PLAUCHU et GARDÈRE. — Le nourrisson prématuré, né de mère tuberculeuse. *Province médicale* 1907.
- PLAUCHU et MONCHARMONT. — Mortalité des prématurés à la nourricerie Rémond. *Obstétrique* 1910.
- PLAUCHU, DEVIN et ALOIN. — *Lyon médical*, janvier 1911.
- PLAUCHU. — *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1912.
- PRINARIS. — Avenir immédiat des prématurés, jumeaux nés de mère saine et des prématurés nés de mère tuberculeuse. Thèse, Lyon 1910.
- SEROPIAN. — Thèse de Paris 1907.
- VITTOZ. — Thèse de Lyon 1910.
- WEILL. — Précis Médecine infantile.
-

